



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACIÓN A DISTANCIA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

PROGRAMA DE PROFUNDIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

## INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

REPORTE DE PRÁCTICA DE SERVICIO

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

PRESENTA

Sacht De Almeida Katarina

Tutora: Mtra. Christian Sandoval Espinoza

Directora: Christian Sandoval Espinoza

México, D.F., Iztacala, 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1. Depresión.....	6
1.1 Definición de la depresión.....	6
1.2 Prevalencia Mundial de la depresión.....	6
1.3 La depresión en México.....	7
1.4 Etiología de la depresión.....	8
1.5 Factores de riesgo y protección.....	10
1.6 Diagnóstico de la depresión.....	10
1.7 Criterios diagnósticos de la depresión basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.....	12
1.8 Consecuencias de la depresión.....	14
1.9 Sintomatología de la depresión.....	14
1.10 Abordaje de la depresión.....	15
Capítulo 2. Ansiedad.....	18
2.11 Definición de la ansiedad.....	18
2.12 Prevalencia de la ansiedad.....	18
2.13 Etiología de la ansiedad.....	19
2.14 Factores de riesgo y protección.....	20
2.15 Diagnóstico de la ansiedad.....	21
2.16 Criterios diagnósticos para la ansiedad, de acuerdo con el DSM V.....	25
2.17 Consecuencias de la ansiedad.....	25
2.18 Sintomatología de la ansiedad.....	26
2.19 Abordaje de la ansiedad.....	28

Capítulo 3. Ansiedad y depresión.....	30
Capítulo 4. Calidad de vida.....	32
4.20 Definición de la calidad de vida.....	32
4.21 Calidad de vida y depresión.....	33
4.22 Calidad de vida y ansiedad.....	34
4.23 Calidad de vida en depresión y ansiedad.....	35
4.24 Justificación del estudio.....	36
Método.....	38
Objetivo general.....	38
Objetivos específicos.....	38
Pregunta de investigación.....	38
Hipótesis.....	38
Escenario.....	39
Tipo de estudio.....	40
Tipo de diseño.....	40
Variables.....	40
Muestreo.....	44
Muestra.....	44
Participantes.....	44
Criterios de inclusión.....	44
Criterios de exclusión.....	45
Instrumentos.....	45
Procedimiento.....	46
Resultados.....	48
Descripción del caso.....	48
Antecedentes.....	48
Situación actual.....	49
Motivo de consulta.....	51

Evaluación.....	52
Evaluación inicial.....	52
Post evaluación.....	53
Análisis funcional.....	53
Análisis según la TREC.....	53
Hipótesis explicativa.....	54
Plan de tratamiento.....	54
Desarrollo de las sesiones.....	56
Situación actual de la paciente.....	62
Análisis de resultados .....	63
Conclusiones.....	70
Referencias.....	73
Anexos.....	76

## RESUMEN

El presente manuscrito recepcional es un reporte de práctica de servicio que hace referencia a la intervención psicológica breve realizada en un consultorio en la clínica *Virginia Médica*, bajo un enfoque cognitivo conductual y con la orientación de una supervisora clínica experta, en un caso de ansiedad y depresión.

En el contenido de este trabajo se describen todos los factores que se lograron identificar tanto en la ansiedad como en la depresión, así como los objetivos y metas conseguidas, a partir de la intervención psicológica cognitivo conductual, en función del impacto que juega en la comunidad mexicana.

Cabe mencionar que el objetivo principal de este programa fue analizar la efectividad de las técnicas cognitivo-conductual en un caso de depresión y ansiedad, y uno de los objetivos específicos fue aplicar estrategias concretas para disminuir los síntomas de depresión y de ansiedad de la paciente. Así mismo, la intervención se enriqueció mediante el entrenamiento de técnicas basadas en TRE (terapia racional y emotiva) y TCC (terapia cognitiva – conductual).

En este caso se realizó una línea base que ayudó a dirigir el tipo de tratamiento que se le brindó a la paciente. Sobre la misma línea, los datos también se obtuvieron por medio de evaluaciones de medidas repetidas en el pre y post tratamiento. Éstos resultados mostraron diferencias significativas en la disminución de los niveles de depresión y otros síntomas, y parte reflejaron diferencias, no significativas en el nivel de ansiedad.

## MARCO TEÓRICO

### Capítulo 1. Depresión

#### *Definición de la depresión*

La depresión, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2015), se define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificulta sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve o subclínica, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Sin embargo, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su quinta edición del 2013, el rasgo común de todos los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, sensación de vacío o irritabilidad, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. La diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

#### *Prevalencia Mundial de la depresión*

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, afectando más a la mujer que al hombre, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede

causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares (OMS, 2015).

Así mismo, se encontró en la Encuesta Mundial de Salud Mental (2003) que las personas con nivel bajo de educación en Israel, México, Ucrania y la India tienen mayor riesgo de depresión

### *La depresión en México*

En México la depresión se colocó en el lugar número 16 en un estudio realizado por la Universidad Estatal de Nueva York con un 8% de personas deprimidas respecto a la población total del país. Así mismo, en la aplicación de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003-2016) se estimó que el 8.4% de la población ha sufrido este conjunto de alteraciones en el estado de ánimo. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés, 2000), una crisis depresiva una vez en su vida, iniciando aproximadamente a los 24 años. Hecho que cobra relevancia al identificar que México es un país de gente joven, con una edad mediana de 22 años, donde el 34% de la población es menor a 15 años, por lo que el estudio de Benjet, Borges, Medina, Bautista & Zambrano (2004) afirmó que la detección que se haga durante la infancia es relevante.

En adición, otro estudio generado por Wagner, González, Sánchez, García y Gallo (2012) establece que México, como en el resto del mundo, al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años, a su vez, se encontró como factor que se asocia con los trastornos depresivos, diferencias estadísticamente significativas entre países por ingreso y estado civil, ya que las personas separadas o que nunca se casaron en países ricos tuvieron una mayor incidencia de depresión; mientras que en los países pobres fueron las personas divorciadas y viudas, las que registraron mayor índice de esta condición. Así mismo, se encontró que las personas con nivel bajo de educación en Israel, México, Ucrania y la India tienen mayor riesgo de depresión. Finalmente, por lo que al impacto que ésta



genera en el país, la Encuesta Mundial de Salud Mental (2003) determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada (Wagner, González, Sánchez, García & Gallo, 2012).

### *Etiología de la depresión*

Con respecto a las causas de la Depresión, éstas se relacionan con el enfoque del que se parta. Desde el enfoque de la psicología médica, puede ser definida como un trastorno de la personalidad de carácter afectivo, cognitivo y comportamental. Desde un punto de vista conductual, se entiende a la depresión como la consecuencia de la falta de refuerzo o de la falta de contingencia entre conducta y refuerzo, mientras que desde la teoría cognitiva se la concibe como resultado de pensamientos inadecuados, distorsionando el individuo la realidad de forma negativa (Álvaro, Garrido & Scheweiger, 2010).

La mayoría de las personas que han experimentado una depresión han llegado a reconocer que les ha sucedido algo de naturaleza bioquímica O'Connor, (1999 cit. en Martínez, 2008), es decir, no tiene una causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica y química. Actualmente, se han desarrollado varias teorías que explican que la causa de la depresión está en un desequilibrio de los neurotransmisores (sustancias que sirven de mensajeras entre las células nerviosas). Pues bien, en el cerebro existen docenas de neurotransmisores, sin embargo, los que se estima están involucrados en la depresión pertenecen a una clase derivada de los aminoácidos (moléculas a partir de las cuales se construyen las proteínas), de los cuales destacan: la serotonina, la norepinefrina (también conocida como noradrenalina) y la dopamina. Se dice que en este tipo de depresión, existe una disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico (Jusset y cols., 2002 cit. en

Martínez, 2008). A su vez, se ha mostrado que un cierto grado de estrés social incrementa el riesgo de sufrir una depresión. Muchos teóricos socioculturales proponen que la depresión está influida por la estructura social en la cual la persona vive. Se cree que existen lazos entre la depresión y ciertos factores como la cultura, la raza y el apoyo social (Martínez, 2008). La muerte de un familiar próximo o ser querido, una enfermedad crónica, problemas interpersonales o escolares, dificultades financieras, divorcio, etc., también pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica. Otra causa de la depresión pueden ser factores de herencia o biológicos, ya que cuando hay una historia familiar de la enfermedad, existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar; sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad o viceversa, la depresión también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.

Por otro lado, la personalidad juega un papel importante, ya que las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas.

Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

Y por último, el trastorno afectivo estacional puede ser también causante de la depresión, pues se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el desequilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión. Dicho trastorno se presenta en su mayoría en regiones altas y frías del mundo.

### *Factores de riesgo y protección*

Entre los *factores de riesgo* que se han identificado, según Martínez (2008), los más relevantes son:

- Ser mujer
- Tener entre 20 y 40 años
- Antecedentes personales de depresión
- Pobreza extrema
- Baja autoestima
- Poca habilidad de afrontamiento
- Alta dependencia interpersonal
- Ser separado o divorciado
- Presencia de factores crónicos estresantes
- Historia de abuso sexual o físico
- Otro trastorno psicológico

Mientras que los *factores de protección* para ambos sexos son:

- Detección oportuna y precoz
- Presencia de buenos recursos y habilidades de aprendizaje
- Tratamiento adecuado
- Concientización de salud y enfermedad
- La alta competencia social auto-percibida
- Elevada frecuencia de sucesos placenteros
- Conocer mejor el funcionamiento de los CES (centros de salud)
- La disponibilidad de un confidente íntimo y cercano

### *Diagnóstico de la depresión*

De acuerdo a los profesionales de salud mental, dentro de la clasificación de la depresión existen varios tipos de trastornos, los más comunes son:

***El trastorno depresivo grave:*** También llamado depresión mayor, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida. La depresión también puede aparecer como ira y desmotivación, en vez de sentimientos de tristeza.

***El trastorno distímico:*** Se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Cuando la distimia comienza antes de los 21 años, se llama distimia de inicio temprano y cuando se inicia después de eso, se llama distimia de inicio tardío. Si no es tratada efectivamente, la distimia comúnmente progresa en la depresión.

Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Y en adición incluyen:

***El trastorno bipolar,*** no es tan común como la depresión grave o la distimia. Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea (locuacidad incoherente), autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir. Uno de cada 100 adultos tiene trastorno bipolar en algún momento de su vida. Generalmente empieza durante o después de la adolescencia. Es raro que empiece después de los 40 años de edad. Afecta por igual a hombres y mujeres.

***El trastorno ciclotímico:*** la característica esencial del trastorno ciclotímico es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos períodos de síntomas depresivos. El trastorno ciclotímico suele empezar en la adolescencia o el inicio de la edad adulta. Un comienzo más tardío sugiere un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, como es una esclerosis múltiple. Normalmente, el trastorno ciclotímico tiene un inicio insidioso y un curso

crónico. Hay un riesgo del 15-50% de que la persona presente posteriormente un trastorno bipolar I o II.

### *Criterios diagnósticos de la depresión*

El apartado del DSM – V (2013) que señala la sintomatología específica respecto a la depresión clínica que oscila entre leve y severa son.

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: en los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
  2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
  3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
  4. Insomnio o hipersomnia caso todos los días.
  5. Agitación o enlentecimiento psicomotores caso cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
  6. Fatiga o pérdida de energía caso todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
  9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica. **Nota:** criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.
- Nota:** las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.
- D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.

### *Consecuencias de la depresión*

Cabe señalar que los trastornos depresivos impactan de manera importante a la salud pública debido al alto grado de discapacidad que producen, muchos estudios comprueban la presencia de los trastornos depresivos y otros problemas de salud tanto físicos como emocionales, de este modo la depresión produce enfermedades del corazón, diabetes, síndrome del intestino irritable, etc. Lo que merma el estado físico y emocional de las personas (Wagner, González, Sánchez, García & Gallo, 2012).

La depresión se caracteriza por dejar a la persona sin ganas, sin ilusión, sin fuerzas y sin esperanza. En los casos más graves, una persona con depresión puede llegar hasta al intento de suicidio, por lo que no estamos hablando de un simple periodo de tristeza.

Esa desilusión, falta de autoestima, la creencia de que no valen nada y el dejarse abandonar, puede hacer que la persona se aísle socialmente, lo que puede empeorar el sentimiento de soledad que suele ir asociado a la depresión. Desde perder amigos, parejas rotas, relaciones familiares destrozadas hasta quedarse sin trabajo y con problemas económicos, es el abanico de consecuencias que puede dejar la depresión.

### *Sintomatología de la depresión*

La sintomatología de la depresión pueden ser anímicos, emocionales, conductuales, cognitivos y físicos.

Para Ortiz (1997) los síntomas del síndrome depresivo se pueden agrupar en diversas categorías:

**Síntomas anímicos:** la tristeza es el síntoma anímico de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal de las personas. Pero a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo e incluso en casos de depresiones graves, los individuos pueden llegar a manifestar un bloqueo emocional y confiesan que les es prácticamente imposible llorar.

**Síntomas emocionales y conductuales:** la apatía, la indiferencias, y en definitiva la anhedonia o disminución en la capacidad de disfrutar, es junto con el estado de ánimo deprimido, el síntoma principal de un estado depresivo. Levantarse para ir al trabajo o a la escuela o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles. Tomar decisiones cotidianas puede ser también una tarea casi insalvable. En su forma más grave este tipo de inhibición conductual puede llegar al “retardo psicomotor”, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto, y una inhibición motivacional casi absoluta.

**Síntomas cognitivos:** el rendimiento cognitivo de una persona deprimida suele estar afectado, sobre todo en personas mayores. Los problemas de concentración y memoria pueden llegar a interferir el rendimiento en las tareas cotidianas y en el trabajo. El contenido de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado; la valoración que hace una persona deprimida de sí mismo, de su entorno, y de su futuro suele ser negativa.

**Síntomas físicos:** la aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Un síntoma típico, que afecta a un 70%-80% de los pacientes depresivos, son los problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche, o despertar precoz) y en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnia. Otros síntomas físicos, más que los otros tipos de síntomas, suelen ser lo que motivan a las personas con depresión a solicitar ayuda de un profesional.

### *Abordaje de la depresión*

Si hablamos de su tratamiento, existen tanto farmacológicos como psicológicos basados en diversos enfoques, siendo los más utilizados la terapia conductual, cognitiva e interpersonal. Sin embargo, reconociendo como Bogaert (2012) que el desequilibrio que caracteriza las depresiones es consecuencia de la acción conjunta de la herencia, las condiciones histórico-sociales y la situación personal del paciente, se



identifica que ningún abordaje clínico o terapéutico aislado puede enfrentar eficazmente la depresión.

De acuerdo con Navas y Vargas (2012), de los enfoques más comunes de tipo psicológico para abordar la depresión, podemos mencionar los siguientes:

1. **Psicoterapia de apoyo:** Se caracteriza en contener la ansiedad del paciente, ofreciendo un espacio de escucha y empatía para orientarlo acerca de cómo afrontar los eventos precipitantes de la crisis. El estilo es dialogado. Resulta básico crear una atmósfera favorable para una buena relación médico-enfermo, donde este último se siente con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. Se pueden ofrecer explicaciones así como el intento de clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados. Se investigan posibles soluciones y se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, tanto en aspectos personales, familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y el terapeuta.
2. **Psicoterapia interpersonal:** Se dirige a identificar los síntomas depresivos y los factores precipitantes. Aborda las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. Su racionalidad supone una causalidad biopsicosocial y una limitación en la capacidad de adaptación o manejo del estrés psicosocial o interpersonal. El terapeuta ocupa un rol activo, de apoyo, esperanzador y no-neutral.
3. **Psicoterapia cognitivo-conductual:** Se realiza para identificar las creencias y las actitudes distorsionadas acerca del evento precipitante y de sí mismo. Buscar el origen de los síntomas en el entorno del paciente y la forma en que se ha enfrentado a estos. Está dirigida a la modificación de comportamientos y pensamientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual. El énfasis de este tipo de terapia está puesto más en el “qué tengo que hacer para cambiar” que en el “por qué”. La relación terapeuta-paciente es de colaboración, se comprometen a

trabajar con un objetivo común. Tiende a fomentar la independencia del paciente, se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Está centrada en los síntomas y su resolución. Pone énfasis en el cambio y en la resolución de problemas.

4. **Psicoterapia dinámica:** nace a partir del psicoanálisis. Se realiza una entrevista centrada en la empatía y la escucha atenta. Se indaga sobre los posibles conflictos pasados que estarían interfiriendo en el individuo como factores precipitantes. El objetivo es la autonomía del individuo. Este tipo de psicoterapia considera que el cambio se produce a través de un vínculo con el terapeuta, en el desarrollo y análisis de la transferencia.

Estos son algunos de los enfoques que se aplican en el ámbito clínico para poder trabajar con pacientes que presentan síntomas de depresión. Aunque cabe señalar que no son los únicos.

## **Capítulo 2. La Ansiedad**

### *Definición de ansiedad*

Ahora bien, en lo que se refiere a la Ansiedad, según Sandín y Chorot (1995, citado en Piqueras et. al. 2008), es considerada como la respuesta de un individuo ante situaciones que ponen en peligro su integridad ya sea física o psíquica, de tal forma que su objetivo es el de conferirle la energía y capacidad a la persona para contrarrestar peligros, este enfoque distingue a la ansiedad como un medio adaptativo ante situaciones que le demandan al individuo una respuesta generalmente de huida o evitación, sin embargo, su carácter patológico se distingue cuando este tipo de respuestas, se presentan ante situaciones que son sobrevaloradas como peligrosas, de tal forma que para la media no serían en absoluto amenazantes. En adición, dicha condición se vuelve patológica cuando la duración de los estados de alerta del individuo excede del tiempo que generaría cualquier respuesta adaptativa, en este sentido, el DSM-V (2013) especifica un plazo mayor a 6 meses. Finalmente, otro factor indispensable para considerar la ansiedad como problema clínico, es la repercusión que tal estado le trae al individuo, obstaculizando sus labores en ámbitos como: el familiar, laboral y social.

Actualmente las causas que originan a la ansiedad no son del todo conocidas, sin embargo siguiendo a Lobo y Campos (1997), se reconoce que están implicados factores de tipo biológicos, ambientales y psicosociales. Bajo éste marco de referencia, el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), clasifica diversos tipos de ansiedad, en base al miedo y a las fobias respectivamente, tales como: el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la fobia específica, así como el trastorno de ansiedad social o fobia social, trastorno del pánico, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad debidos a afecciones médicas y otros especificados.

### *Prevalencia de la ansiedad*

En base a cifras arrojadas por la investigación de Kessler, Chiu, Demler y Walters (2005), el Trastorno de Ansiedad Generalizada afecta aproximadamente a 6.8

millones de adultos americanos, de los cuales son las mujeres las que tienen el doble de probabilidad de padecerlo. Así mismo, según las publicaciones de Robins y Regier (1991), el trastorno tiene un desarrollo gradual que puede comenzar en cualquier etapa de la vida del individuo, aunque los años de mayor riesgo son aquéllos entre la infancia y la mediana edad. Por lo que se refiere a México, Virgen, Lara, Morales y Villaseñor (2005), distinguen que para 1999, se encontró que el 14.8% de la población mexicana sufría de algún trastorno de ansiedad, donde el rango de edad de mayor prevalencia se daba entre los 15 a 45 años y a la par de las estadísticas americanas, son las mujeres las más vulnerables a su padecimiento en una proporción de 2 a 1 en relación con los hombres.

#### *Etiología de la ansiedad*

De acuerdo con Baeza (2008), la aparición y mantenimiento de la ansiedad como trastorno influyen tres grandes grupos de factores: los predisposicionales, los activadores, y los de mantenimiento.

***Factores predisposicionales:*** Son las variables de vulnerabilidad biológica y constitucional, hereditarias o no, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones activadoras. Dentro de este grupo de factores podríamos considerar también algunos referidos a la personalidad, dependiente de la historia del individuo, condicionada por la biología y el aprendizaje (Baeza, 2008).

***Factores activadores:*** Son aquellos hechos, situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. La percepción de riesgo, depende fundamentalmente de un proceso de evaluación, consciente o automático, determinado por la valoración de qué pasa y cómo nos afecta, por un lado; y qué podemos hacer frente a ello, por otro.

También se encuentran en este grupo de factores, otros que por diversas vías inducen una sobre-estimulación/sobre-activación del organismo: podemos mencionar

especialmente el estrés y el consumo de sustancias, particularmente las estimulantes (Baeza, 2008).

***Factores de mantenimiento:*** Este grupo de factores afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites de trastorno. Una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse. Dentro de los factores de mantenimiento, existen estrategias contraproducentes de afrontamiento: soluciones intentadas, fallidas, que destinadas a regular la ansiedad, sus motivos o sus efectos, no sólo no lo consiguen, sino que contribuyen a su incremento y perpetuación (Baeza, 2008).

#### *Factores de riesgo y protección*

Según Baeza en el 2008, algunos de los factores de riesgo y de protección más importantes son:

##### ***Factores de riesgo***

- Ser mujer
- Falta de habilidades efectivas para enfrentar problemas
- Comportamientos sobreprotectores de los padres
- Abuso sexual o físico
- Violencia intrafamiliar
- Genética
- Abuso de sustancias
- Condiciones médicas
- Tener depresión
- Falta de conexiones sociales
- Sentido incrementado de amenaza en el entorno
- Eventos estresantes como la pérdida de un ser amado o relación importante, empleo o ser víctima de un crimen

### ***Factores de protección***

- Detección oportuna y precoz
- Presencia de buenos recursos y habilidades de aprendizaje
- Tratamiento adecuado
- Concientización de salud y enfermedad
- La alta competencia social auto-percibida
- Tener objetivos y límites realistas
- Conocer mejor el funcionamiento de los CES (centros de salud
- Apoyo social
- Capacidad para resolver problemas
- Habilidades de afrontamiento
- Habilidades de auto-control

### ***Diagnóstico de la ansiedad***

En suma, dicha condición se vuelve patológica cuando la duración de los estados de alerta del individuo excede del tiempo que generaría cualquier respuesta adaptativa, en este sentido, el DSM-V especifica un plazo mayor a 6 meses.

Finalmente, otro factor indispensable para considerar la ansiedad como problema clínico, es la repercusión que tal estado le trae al individuo, obstaculizando sus labores en ámbitos como: el familiar, laboral y social.

Actualmente las causas que originan a la ansiedad no son del todo conocidas, sin embargo siguiendo a Lobo y Campos (1997), se reconoce que están implicados factores de tipo biológicos, ambientales y psicosociales. Bajo éste marco de referencia, el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), clasifica diversos tipos de ansiedad, en base al miedo y a las fobias respectivamente, tales como:

***Trastorno de ansiedad por separación:*** el individuo presenta una excesiva ansiedad acerca de la separación del hogar o de la gente hacia quienes tiene una fuerte relación de apego; asimismo puede presentarse ansiedad excesiva acerca del daño

hacia figuras de apego y eventos que puedan llevar a la pérdida o a la separación de dichas figuras.

***Mutismo selectivo:*** trastorno de ansiedad infantil que consiste en que los niños afectados, en determinados contextos o circunstancias, pueden llegar a inhibirse de manera tal que parecen mudos, a pesar de poder hablar normalmente en situaciones en las que se sienten cómodos y relajados.

***Fobia específica:*** miedo intenso y progresivo o ansiedad por un determinado objeto, animal, actividad situación que ofrece poco o ningún peligro real.

***Trastorno de ansiedad social o fobia social:*** la ansiedad social es normal porque es una respuesta adaptativa que permite a los seres humanos comportarse de manera adecuada ante relaciones interpersonales nuevas o importantes. Cuando la ansiedad es muy intensa y no guarda relación con la realidad frente a un determinado temor, es decir, que es exagerada para las circunstancias o no acaba por extinguirse tras unos minutos de interacción o tras la exposición repetida a situaciones sociales, adquiere una significación clínica porque interfiere de forma negativa en las actividades cotidianas de la persona afectada y se trata de una Fobia Social. La fobia social engloba miedos como ser humillado o donde se exponga la seguridad ante la gente.

***Trastorno del pánico:*** es el causante de ataques de pánico, que son sensaciones repentinas de terror sin un peligro aparente. La persona puede sentir como si estuviera perdiendo el control. También pueden presentarse síntomas físicos, tales como latidos rápidos del corazón, dolor en el pecho o en el estómago, dificultad para respirar, debilidad o mareos, traspiración, calor o escalofríos, hormigueo o entumecimiento de las manos. Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento, en cualquier lugar y sin previo aviso. La persona puede tener miedo de otra crisis y evitar los lugares en los que sufrió una crisis anteriormente. En algunos casos, el miedo domina su vida y no pueden salir de sus casas.

El trastorno de pánico es más común entre las mujeres que entre los hombres. Suele comenzar entre los adultos jóvenes. Algunas veces comienza cuando una persona se encuentra sometida a mucho estrés.

***Agorafobia:*** miedo y evitación en lugares públicos y de estar fuera de casa basados en la anticipación de experimentar niveles nocivos de ansiedad o ataques de pánico. La American Psychiatric Association (1994) define la agorafobia en el DSM V como al miedo de estar en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil o embarazoso escapar o en los cuales pueda no disponerse de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareos, vómitos, caídas, despersonalización, pérdida de control de esfínteres, molestias cardíacas, etc.). Como consecuencia de este miedo la persona evita las situaciones temidas, las soporta con gran ansiedad o necesita ser acompañada.

***Trastorno de ansiedad generalizada (TAG):*** el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una ansiedad inútil, inapropiada excesiva y no sirve para adaptarse. Se acompaña siempre de descensos de rendimiento tanto en el plano intelectual como en el psicomotor, en las relaciones personales, en el trabajo, en la toma de decisiones, entre otros. La diferencia entre ansiedad normal y el TAG, es que este último es intenso, se encuentra fuera de proporción con los problemas, dura más tiempo (puede persistir por semanas e incluso meses) alterando entre otras cosas los hábitos de sueño, la capacidad de trabajar y de concentrarse así como una modificación de la rutina en general. Los estímulos que provocan el TAG son variados, los más habituales provienen del entorno social del sujeto, por ejemplo: el trabajo, la familia, del medio ambiente (el clima o el tráfico), o pueden provenir del propio organismo, por ejemplo: dolores y enfermedades.

***Trastornos de ansiedad debidos a afecciones médicas:*** es una preocupación excesiva generada por dolor físico o diferentes síntomas causados por alguna enfermedad, o por la enfermedad en sí.

***Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC):*** el Trastorno Obsesivo Compulsivo consiste en la presencia de pensamientos o conductas repetitivas, suficientemente graves como para causar un intenso malestar, gran pérdida de tiempo, o una gran interferencias significativa con la rutina habitual del individuo, con su funcionamiento profesional, con sus actividades sociales habituales, o con sus relaciones con los demás. Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos,



impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. El individuo tiene la sensación de que el contenido de sus pensamientos es ajeno, fuera de su control y no se encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener, sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son producto de su mente y no vienen impuestas desde afuera. Las compulsiones se definen como comportamientos (lavarse repetidamente las manos, ordenar objetos, realizar comprobaciones, etc.); o actos mentales de carácter recurrente (rezar, contar o repetir palabras en silencio), cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada, o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos. Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir. Las más frecuentes implican tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos (DSM-IV, 2005, cit. en Ubaldo, 2013).

***Trastorno de Estrés Postraumático:*** esto se refiere al estrés que se produce después de vivir o ver eventos traumáticos como la guerra, huracanes, violaciones, abusos físicos o un accidente grave. El trastorno de estrés postraumático hace que se sienta estresado y con temor luego de pasado el peligro. Puede causar problemas como flashbacks o el sentimiento de que el evento está sucediendo nuevamente, dificultad para dormir o pesadillas, sentimiento de soledad, explosiones de ira, sentimientos de preocupación, culpa o tristeza. El TEPT comienza en momentos diferentes dependiendo de la persona. Los síntomas de trastorno pueden empezar inmediatamente después del evento traumático y permanecer. Otras personas desarrollar síntomas nuevos y más serios meses o hasta años más tarde. El trastorno de estrés postraumático le puede afectar a cualquiera, incluso a niños.

### *Criterios diagnósticos para la ansiedad*

Uno de los principales referentes diagnósticos con los que contamos es el DSM – V publicado en 2013, ésta obra refiere los siguientes lineamientos diagnósticos, de los cuales se deben identificar al menos tres para considerar que dicho trastorno está presente:

- La ansiedad excesiva y preocupación acerca de varios acontecimientos han ocurrido durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses.
- La persona tienen dificultades para controlar la preocupación.
- La ansiedad y preocupación se asocian con al menos tres de los seis síntomas siguientes (sólo se requiere un síntoma en niños): inquietud o una sensación de ser agitado o “al límite”, siendo fácilmente fatigado, tener dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, y trastornos del sueño.
- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos asociados provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de la actividad.
- La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica.
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

### *Consecuencias de la ansiedad*

Desde la perspectiva psicosocial, que enfatiza entre las capacidades del sujeto y su integración en la sociedad, podemos reconocer que las habilidades sociales son cruciales para el afrontamiento de diversas situaciones. Bajo esta perspectiva y siguiendo el trabajo de Durkheim y Brow, (1983 cit. en Veá, 1989) la depresión se relaciona a un aislamiento social, mientras que la ansiedad a un exceso o fuerte integración, de tal forma que la patología se presenta cuando las exigencias del entorno sobrepasan las capacidades del individuo, sumado a una escasa integración social, de ahí que “... los factores psicológico-sociales actúan como mediadores claves

en la configuración de la personalidad y de los comportamientos de ansiedad y depresión...” (Vea, 1989) de ahí que factores como: autoestima, autoimagen, habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, escaso control, esquemas cognitivos, estilos de atribución de causalidad y expectativas, entre otros, son básicos para el abordaje de estas condiciones.

En base a lo anterior la ansiedad, al igual que la depresión, se consideran un problema de salud, debido a que puede ser un factor de riesgo para muchas enfermedades. Síntomas como la inseguridad y el tempo pueden llevar a una situación de aislamiento social, a recluirse en casa paralizado por el miedo. Aunque la principal consecuencia de un trastorno de ansiedad que no se trata es la depresión.

La ansiedad también puede llevar a padecer otros trastornos psicológicos, otros tipos de trastornos de ansiedad, menos habituales que la ansiedad generalizada, como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico o las fobias. Todo ello con grave riesgo de afectar la vida social, laboral y familiar.

Esta ruptura con la sociedad, con el entorno más cercano y consigo mismo, puede llevar al individuo a una de las consecuencias más frecuentes de los trastornos de ansiedad, que son las adicciones. Drogas, alcohol o cualquier otro medio que los permita evadirse por un momento de la ansiedad pero que puede acabar destrozándoles la vida.

#### *Sintomatología de la ansiedad:*

Ubaldo (2013) afirmó que todo ser humano experimenta ansiedad en algún momento, existe aprehensión vaga, difusa y desagradable, palpitaciones y además se acompañan de cefalea, sudoración, molestias intestinales, inquietud e intranquilidad.

#### *Componentes cognitivos*

- **Percepciones:** creencias, asunciones, pensamientos y/o imágenes de peligro, vulnerabilidad, amenazas de intereses vitales y/o amenazas de recursos.
- **Respuestas:** planeación excesiva de pensamiento, preparación y/o evitación.

**Componentes fisiológicos o activación fisiológica:** Tensión muscular, cansancio, temblores, tics nerviosos, agitación, dificultad para respirar, fuertes palpitaciones y/o taquicardia, boca seca, dificultad para tragar, manos frías o húmedas, sudoración, sofocos o escalofríos y micción frecuente, dolor náusea, diarrea o constipación. También incremento en la activación del sistema nervioso simpático y reducción de la flexibilidad del sistema nervioso parasimpático.

#### **Componente conductual**

- **Conductas de escape:** evitación, postergación, evasión, escape en búsqueda de tranquilidad (solicitudes de apoyo, asesoramiento y asistencia).
- **Conductas de lucha:** constantes chequeos y sobreprotección en búsqueda de tranquilidad.
- **Conductas paralizantes:** tartamudeo en el discurso y comportamiento detenido.

#### **Desencadenadores**

- **Estimulación extrema:** Algún estímulo condicionado con miedo, incluyendo situaciones interpersonales.
- **Estimulación interna:** Imágenes mentales, sensaciones fisiológicas y estados emocionales.

El enfoque cognitivo-conductual menciona que cuando un individuo presenta ansiedad se presentan diferentes variables: cognitivas (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y situaciones (estímulos discriminativos que activan la conducta). En general se puede decir que la ansiedad se conceptualiza como una respuesta emocional que tiene tres componentes de respuesta, la parte cognitiva, fisiológica y motora, partiendo de los estímulos tanto internos del sujeto como los externos al propio sujeto, los estímulos o el estímulo que genera y desencadena la ansiedad estará determinado en gran medida por las características del individuo (Miguel & Cano, 1990, cit. en Ubaldo, 2013).

### *Abordaje de la ansiedad*

La ansiedad y la depresión, pueden tratarse ya sea con medicamentos, terapia psicológica o una combinación de ambas. La *Guía Práctica para el manejo de Pacientes con Trastorno de Ansiedad en Atención Primaria* del Sistema Nacional de Salud de España (2008 cit. en INSALUD, 1997), con base en una revisión exhaustiva de terapias, recomienda para la atención de la ansiedad la Terapia Cognitiva Conductual, por su eficacia en la reducción de síntomas de ansiedad tales como: preocupación y tristeza, misma que debe contemplar técnicas como la reestructuración cognitiva, la exposición, relajación y desensibilización por autocontrol, con una duración mínima de 10 sesiones como mínimo para distinguir resultados, mismas que pueden ser tomadas de manera individual como grupal.

De acuerdo a un estudio realizado por Lugo I., Reynoso L. & Fernández M. (2015), cuyo objetivo fue evaluar el efecto de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre la severidad del asma, síntomas de ansiedad y depresión en pacientes adultos, los resultados obtenidos concluyeron que el efecto de dicha intervención logró disminuir la severidad de la enfermedad, los síntomas de ansiedad y depresión, un incremento en el FEP y una mejoría clínica observable sesión tras sesión.

En otro estudio, realizado por Flores, Cárdenas, Durán, & De la Rosa (2014), cuyo propósito fue poner a prueba la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual para brindar servicios de salud mental, en la modalidad vía internet a un grupo de participantes con sintomatología de depresión leve y moderada, los resultados obtenidos afirmaron que en la evaluación de depresión, se alcanzó un tamaño del efecto individual significativo para siete de los ocho participantes y en uno más, el que presentó menor medida de depresión, se reconoció un efecto significativo moderado. Es decir, los pacientes atendidos con esta modalidad recibieron un tratamiento eficaz para el diagnóstico de depresión.

Ahondando en los métodos de intervención en ansiedad, podemos hablar de los siguientes:

1. Terapia cognitivo-conductual: bajo este nombre se agrupan un conjunto de técnicas que incorporan elementos tanto de la Terapia de Conducta, que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y tienen como finalidad la corrección de éstos, y la Terapia Cognitiva que toma en cuenta los procesos afectivos cognitivos (expectativas, creencias, pensamientos ) cuya distorsión sería la causa de la sintomatología, y cuya finalidad sería la identificación y análisis de estos pensamientos y creencias disfuncionales y la relación de éstos con los síntomas, y la construcción de técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta. La Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc
2. Psicoterapias psicodinámicas: se agrupan bajo esta denominación toda una serie de psicoterapias que tienen su origen histórico en las investigaciones de Freud y en el psicoanálisis, y tienen en común ciertos conceptos fundamentales como el conflicto entre los diferentes aspectos del Yo, la existencia de motivaciones inconscientes en nuestra conducta, la importancia de las experiencias tempranas, los mecanismos de defensa como estrategias para modular el dolor psíquico y la angustia y la consideración de la relación terapéutica como factor promotor de la comprensión del origen y mantenimiento de la sintomatología. El objetivo de las psicoterapias psicodinámicas es promover la comprensión e integración de los aspectos del Yo en conflicto, encontrando nuevas maneras de integrar éstos para funcionar y desarrollarse con más libertad y

eficiencia. Algunas de las técnicas que se incluyen entre las psicoterapias psicodinámicas son la psicoterapia breve y la psicoterapia de grupo.

En sus últimos desarrollos, las psicoterapias psicodinámicas han incluido aspectos de las teorías cognitivas y conductuales, que han llevado a la utilización de técnicas de intervención más directivas y con delimitación precisa de los conflictos a trabajar. Entre éstas se incluyen la psicoterapia familiar breve, la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-analítica.

En el estudio de los trastornos de ansiedad las intervenciones basadas en las teorías psicodinámicas han recibido poca atención.

La guía se centra fundamentalmente en las intervenciones de TCC. Sin embargo, la distinción entre las intervenciones incluidas en los tratamientos con TCC en los diferentes estudios revisados es difícil realizar, y a menudo se mezclan diferentes tipos de intervenciones en cada TCC descrita.

### **Capítulo 3, Ansiedad y depresión**

Diversos estudios en diferentes entidades indican que la depresión y la ansiedad generan un costo a nivel social, familiar, personal, laboral, porque como enfermedades incapacitantes se reflejan en diferentes aspectos, tales como la insatisfacción, baja productividad, y en general lo que se deriva de la enfermedad, como ausentismo, rotación de personal e incidencia en el clima laboral, lo cual repercute en el creciente aumento de los costos humanos, económicos y de productividad, como consecuencia de los casos de estrés y cansancio en el trabajo (Duque, 2005).

Los factores emocionales (como la ansiedad), están interrelacionados en el proceso de salud-enfermedad de la siguiente manera:

1. Las reacciones de ansiedad y de tristeza-depresión que alcanzan niveles demasiado intensos o que se mantienen en el tiempo, podrían producir cambios en la conducta, de manera que se olvidan los hábitos saludables y

se desarrollan conductas adictivas o inadecuadas que pondrían en peligro nuestra salud.

2. Estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que podrían deteriorar nuestra salud si se cronifican.

Esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunosupresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico, o bien la supresión o control de estas emociones.

En un estudio realizado por Greiff y Avedaño (2011), se encontró que:

1. La baja percepción de control está asociada tanto con la ansiedad como la depresión.
2. La intolerancia a la incertidumbre es más propia de la ansiedad que de la depresión. No obstante, los análisis de correlaciones parciales señalan que la intolerancia a la incertidumbre permaneció asociada significativamente a la depresión aún cuando se controlan estadísticamente los síntomas de ansiedad.
3. La desesperanza es más propia de la depresión que de la ansiedad. Sin embargo, el análisis de correlaciones parciales muestra que cuando se controlan los síntomas de depresión la asociación entre ansiedad y desesperanza desaparece. Estos resultados indican que una de las variables cruciales del modelo para discriminar entre ansiedad y depresión es precisamente la desesperanza.

Este estudio plantea que los síntomas ansiosos anteceden a los síntomas depresivos. Este aspecto fue parcialmente evaluado por Alloy y Clements (1998) (cit. en Greiff y Avedaño, 2011), quienes en un estudio longitudinal a corto plazo (un mes) encontraron que la desesperanza se asocia tanto de forma concurrente como prospectiva con la depresión y no con la ansiedad. Sin embargo es necesario un estudio que evalúe el papel predictivo prospectivo de las tres variables en su conjunto.



## **Capítulo 4, Calidad de Vida**

### *Definición de la Calidad de Vida*

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), define a la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Gisselle, 2008). Vinaccia & Orozco (2005) agregan el aspecto espiritual a la calidad de vida, el cual se refiere al significado de la enfermedad y el tratamiento, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior. La calidad de vida se centra en la persona, no en la enfermedad, diversos autores comprobaron el impacto de los síntomas y de la depresión en el funcionamiento y bienestar de los pacientes, concluyeron que el funcionamiento de los pacientes deprimidos, es similar o peor al de los pacientes con otras enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes, (Bobes, González, Saiz & Bousoño (1997).

La calidad de vida integra el bienestar físico, mental y emocional, además, hace referencia a la felicidad, satisfacción y recompensa, así como a las condiciones materiales y nivel de vida. La relación entre salud y calidad de vida es definida como la valoración que una persona hace, desde su propio criterio y subjetividad del estado físico, emocional y social, reflejando un grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico y social, lo fisiológico se refiere a la sintomatología general de su estado físico y lo social se refiere a su nivel económico, situación laboral y familiar, etcétera (Vinaccia Et al, 2005).

Al referirnos a calidad de vida en un sujeto que padece una enfermedad crónica, como la depresión se hace alusión a la valoración que hace de su adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral en relación a los síntomas producidos por su enfermedad, tratamiento y efectos adjuntos, desde esta perspectiva a las personas con alguna enfermedad crónica como la depresión deben ser vistas desde una postura multidimensional que incluya: 1) El estatus funcional, el cual se refiere a la capacidad para realizar actividades que son normales para los demás,

incluye autocuidado, movilidad y actividad física; 2) Síntomas relacionados con la enfermedad, los cuales dependen de la enfermedad y tratamiento; 3) Funcionamiento psicológico, entendido como el estrés que ocasiona el padecimiento; y 4) Funcionamiento social, el cual se relaciona con las limitaciones funcionales ocasionadas por los síntomas (Vinaccia & Orozco, 2005).

Cabe señalar que los trastornos depresivos impactan de manera importante a la salud pública debido al alto grado de discapacidad que producen, muchos estudios comprueban la presencia de los trastornos depresivos y otros problemas de salud tanto físicos como emocionales, de este modo la depresión produce enfermedades del corazón, diabetes, síndrome del intestino irritable, etc. Lo que merma el estado físico y emocional de las personas (Wagner, González, Sánchez, García & Gallo, 2012).

#### *Calidad de vida y depresión*

Por lo que se refiere a la Depresión y la Ansiedad relacionadas con la calidad de vida en la enfermedad investigaciones como las de Levenson y Clochesky (1991 cit. en García y Calvanese, 2008) han correlacionado positivamente la depresión con la manera en que un paciente percibe su enfermedad y de manera negativa en aspectos como la satisfacción de vida y el apoyo social. Mientras que, Martín y Thompson (2001, cit. en García y Calvanese, 2008) identifican que la ansiedad se relaciona positivamente e incluso puede ser un predictor de la sintomatología del paciente y de su bienestar emocional en general. De mismo modo, investigaciones como las de Hernández, Figueroa, Ramos y Alcocer (2014), evidenciaron que si bien la depresión y ansiedad estaban presentes en la misma proporción en pacientes con insuficiencia cardiaca, al correlacionarlas entre ellas y la variable de calidad de vida, se encontró que a mayor ansiedad presentada en estos pacientes existía menor depresión. De ahí que dentro de los efectos que tanto la depresión como la ansiedad producen ante la presencia de una enfermedad médica se encuentran:

- Alterar el curso de la enfermedad (desarrollándola, complicándola o retrasando la recuperación).

- Interferir con el tratamiento.
- Constituir un factor adicional de riesgo para complicar o bien desarrollar otros problemas.
- Complicando o aumentando los síntomas de la enfermedad.

### *Calidad de vida y ansiedad*

Los efectos de la ansiedad en la calidad de vida han sido estudiados por un importante número de investigaciones, entre las que encontramos, el primer estudio realizado en Estados Unidos en el marco de una investigación sobre epidemiología (Epidemiologic Catchment Area), el Estudio Nacional de Comorbilidad en los Estados Unidos, otro más realizado por la OMS en 1998 en varios países europeos, en ellos se resume que las personas que padecen ansiedad tienen un incremento en la obtención de beneficios sociales, menores ingresos económicos, divorcios múltiples, soltería, mayor número de hospitalizaciones cuando a causa de la depresión se producen otros padecimientos, mayor ausentismo laboral, así mismo en estos estudios se observó que las personas que padecen ansiedad califican su vida como pobre (Gisselle, 2008).

El trastorno de ansiedad impacta de manera importante y negativamente la vida diaria y la funcionalidad de los individuos, como sabemos la calidad de vida es en realidad el estado de bienestar subjetivo (percepción individual) y de felicidad; la ansiedad genera en las personas alteraciones cognitivas primarias, asociadas a manifestaciones somáticas secundarias, afecta la capacidad de trabajo, las relaciones interpersonales y las actividades placenteras, las personas con esta enfermedad principalmente buscan atención por alteraciones del sueño, tensión muscular fatiga o irritabilidad y menos por la preocupación; los pacientes con este padecimiento tienen una distorsión en la percepción de sus riesgos y amenazas, principalmente en lo relacionado con la salud, seguridad y bienestar individual, estos sujetos tienen una mayor grado de incidencia en conductas problemáticas como alcoholismo, drogadicción

y sus principales preocupaciones son las relaciones familiares e interpersonales, trabajo, escuela, economía y salud (Marjon, Mendieta, Muñoz, Díaz & Cortes, 2014).

### *Calidad de vida en depresión y ansiedad*

Por lo que se refiere a la Depresión y la Ansiedad relacionadas con la calidad de vida en la enfermedad, investigaciones como las de Levenson y Clochesky (1991 cit. en García y Calvanese, 2008) han correlacionado positivamente la depresión con la manera en que un paciente percibe su enfermedad y de manera negativa en aspectos como la satisfacción de vida y el apoyo social. Mientras que, Martín y Thompson (2001, cit. en García y Calvanese, 2008) identifican que la ansiedad se relaciona positivamente e incluso puede ser predictora de la sintomatología del paciente y de su bienestar emocional en general. En investigaciones como las de Hernández, Figueroa, Ramos y Alcocer (2014) se evidenció que, si bien, la depresión y ansiedad estaban presentes en la misma proporción en pacientes con insuficiencia cardíaca, al correlacionarlas entre ellas y la variable de calidad de vida, se encontró que a mayor ansiedad presentada en estos pacientes existía menor depresión. De ahí que dentro de los efectos que tanto la depresión como la ansiedad producen ante la presencia de una enfermedad médica se encuentran:

- Alterar el curso de la enfermedad (desarrollándola, complicándola o retrasando la recuperación).
- Interferir con el tratamiento.
- Constituir un factor adicional de riesgo para complicar o bien desarrollar otros problemas.
- Complicando o aumentando los síntomas de la enfermedad.

Diversos estudios en diferentes entidades indican que la depresión y la ansiedad generan un costo a nivel social, familiar, personal, laboral, porque como enfermedades incapacitantes se reflejan en diferentes aspectos, tales como la insatisfacción, baja productividad, y en general lo que se deriva de la enfermedad,

como ausentismo, rotación de personal e incidencia en el clima laboral, lo cual repercute en el creciente aumento de los costos humanos, económicos y de productividad, como consecuencia de los casos de estrés y cansancio en el trabajo (Duque, 2005).

Desde la perspectiva psicosocial, que enfatiza entre las capacidades del sujeto y su integración en la sociedad, podemos reconocer que las habilidades sociales son cruciales para el afrontamiento de diversas situaciones. Bajo esta perspectiva y siguiendo el trabajo de Durkheim y Brow, (1983 cit. en Vea, 1989) la depresión se relaciona a un aislamiento social, mientras que la ansiedad a un exceso o fuerte integración, de tal forma que la patología se presenta cuando las exigencias del entorno sobrepasan las capacidades del individuo, sumado a una escasa integración social, de ahí que "... los factores psicológico-sociales actúan como mediadores claves en la configuración de la personalidad y de los comportamientos de ansiedad y depresión..." (Vea, 1989) de ahí que factores como: autoestima, autoimagen, habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, escaso control, esquemas cognitivos, estilos de atribución de causalidad y expectativas, entre otros, son básicos para el abordaje de estas condiciones.

### **Justificación del estudio**

Diversos estudios en diferentes entidades indican que la depresión y la ansiedad generan un costo a nivel social, familiar, personal, laboral, porque como enfermedades incapacitantes se reflejan en diferentes aspectos, tales como la insatisfacción, baja productividad, y en general lo que se deriva de la enfermedad, como ausentismo, rotación de personal e incidencia en el clima laboral, lo cual repercute en el creciente aumento de los costos humanos, económicos y de productividad, como consecuencia de los casos de estrés y cansancio en el trabajo (Duque, 2005).

En cuanto a los trastornos depresivos impactan de manera importante a la salud pública debido al alto grado de discapacidad que producen, muchos estudios comprueban la presencia de los trastornos depresivos y otros problemas de salud tanto físicos como emocionales, de este modo la depresión produce enfermedades del corazón, diabetes, síndrome del intestino irritable, etc. Lo que merma el estado físico y emocional de las personas (Wagner, González, Sánchez, García & Gallo, 2012). La depresión se caracteriza por dejar a la persona sin ganas, sin ilusión, sin fuerzas y sin esperanza. En los casos más graves, una persona con depresión puede llegar hasta al intento de suicidio, por lo que no estamos hablando de un simple periodo de tristeza. Esa desilusión, falta de autoestima, la creencia de que no valen nada y el dejarse abandonar, puede hacer que la persona se aisle socialmente, lo que puede empeorar el sentimiento de soledad que suele ir asociado a la depresión. Desde perder amigos, parejas rotas, relaciones familiares destrozadas hasta quedarse sin trabajo y con problemas económicos, es el abanico de consecuencias que puede dejar la depresión.

Con respecto a la ansiedad, al igual que la depresión, se consideran un problema de salud, debido a que puede ser un factor de riesgo para muchas enfermedades. Síntomas como la inseguridad y el tempo pueden llevar a una situación de aislamiento social, a recluirse en casa paralizado por el miedo. Aunque la principal consecuencia de un trastorno de ansiedad que no se trata es la depresión. La ansiedad también puede llevar a padecer otros trastornos psicológicos, otros tipos de trastornos de ansiedad, menos habituales que la ansiedad generalizada, como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico o las fobias. Todo ello con grave riesgo de afectar la vida social, laboral y familiar. Esta ruptura con la sociedad, con el entorno más cercano y consigo mismo, puede llevar al individuo a una de las consecuencias más frecuentes de los trastornos de ansiedad, que son las adicciones. Drogas, alcohol o cualquier otro medio que los permita evadirse por un momento de la ansiedad pero que puede acabar destrozándoles la vida.

## MÉTODO

### *Objetivo general*

Analizar la efectividad de las técnicas cognitivo-conductual en un caso de depresión y ansiedad.

### *Objetivos específicos*

- Informar a la paciente acerca de las causas de su depresión y ansiedad, para que así, en combinación con las técnicas empleadas, pueda eliminarlas o disminuir sus efectos.
- Identificar pensamientos irracionales relacionados a la sintomatología de ansiedad y depresión y modificarlos por pensamientos más objetivos.
- Aplicar intervenciones basadas en el modelo cognitivo conductual para evaluar sus efectos en un caso de depresión y ansiedad.
- Diseñar estrategias personalizadas para disminuir los síntomas de depresión y de ansiedad de la paciente, mediante el entrenamiento de técnicas basadas en TRE (Terapia Racional y Emotiva) y TCC (Terapia Cognitiva – Conductual).

### *Pregunta de investigación*

1. ¿Cómo se relacionan los pensamientos irracionales de la paciente con sus síntomas de depresión y ansiedad?
2. ¿Qué efectos tendrá la terapia cognitivo conductual en este caso de depresión y ansiedad?

### *Hipótesis*

1. Modificando los pensamientos irracionales (catastróficos, absolutistas, exigentes, de baja tolerancia a la frustración...) de la paciente, y sustituyéndolos por pensamientos más realistas y objetivos, su nivel de tristeza y ansiedad serán remplazados por mayor tranquilidad.

2. Si se brinda información a la paciente acerca de los mecanismos que suceden cuando se presenta la ansiedad y la depresión, puede identificar y comprender su situación para emprender cambios.
3. Con la TCC en combinación con la TRE, disminuirán los síntomas de ansiedad y depresión que manifiesta la paciente.

### *Escenario*

La terapia se realizó en un consultorio de Psicología en la clínica Virginia Médica. El consultorio tiene una superficie aproximada de 25m, está suficientemente equipado y acogedor, cuenta con 2 sillones cómodos, dos mesitas, un diván, una ventana por la cual entra luz natural, y es adecuadamente ventilado.

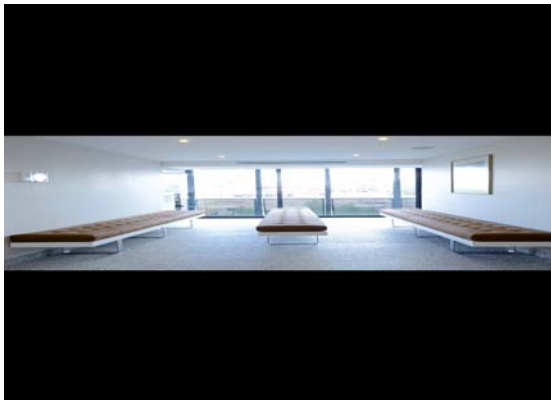
**Figura 1.** Distribución del consultorio



**Figura 3.** Recepción de la clínica



**Figura 2.** Sala de espera.





### *Tipo de estudio*

El presente estudio es de tipo cuantitativo de carácter no experimental, dado que las condiciones no cuentan con la rigurosidad de control, ni se cuenta con grupos, ni se seleccionó a la participante de forma aleatoria, por lo tanto no cumple con los requisitos de tipo experimental.

### *Tipo de Diseño*

El diseño que se ocupó es de tipo correlacional, dado que una de las hipótesis giran en torno a que en la medida en que los pensamientos distorsionados se modifiquen, los niveles de ansiedad y depresión disminuirán, esto implica una correlación entre dichas variables.

### *Variables*

Variables independientes (definición conceptual):

Intervención psicológica cognitivo-conductual con empleo de las siguientes estrategias psicológicas:

- **Psicoeducación:** La psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de uno mismo, del proceso o trastorno, así como de las técnicas de afrontamiento eficaz y desempeño del rol social (Rebolledo, 1997). Los principales objetivos de la Psicoeducación son: Fomentar la conciencia del padecimiento, fomentar el reconocimiento de los síntomas, mejorar la adherencia terapéutica, prevenir recaídas, etc...
- **Terapia Racional Emotiva Conductual:** Consiste en identificar pensamientos irracionales, debatirlos, comprobar o refutar veracidad, y cambiarlos por pensamientos más lógicos y racionales (María, Marta & Arabella, 2012).
- **Entrenamiento en técnicas de respiración o meditación:** Estas técnicas tienen como objetivo relajar al paciente, reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior (María, Marta & Arabella, 2012).

- **Entrenamiento en Solución de problemas:** Es el proceso de descubrir soluciones ante situaciones específicas, D´Zurilla y Nezu, 2007 (cit. en María, Marta &Arabella, 2012).
- **Entrenamiento asertivo:** Se trabaja con la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y respetuosa; y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo requiera. De igual forma, es una capacidad de manifestar aspectos positivos y negativos de las situaciones y las personas, sin lastimar u ofender a otros, independiente de las creencias de otros. Es una técnica utilizada para el mejoramiento de las habilidades sociales.
- **Entrenamiento en detención del pensamiento:** Es un método simple que se utiliza cuando se requiere parar algunos tipos de pensamientos (María, Marta &Arabella, 2012).

Variables independientes (definición operacional):

- **Psicoeducación:** El terapeuta le explica al cliente la naturaleza de su trastorno, cuáles son sus posibles causas, mantenimiento y síntomas, cómo se puede trabajar, así como material de apoyo respecto al tema para que el cliente lo pueda leer en su casa.
- **Terapia Racional Emotiva Conductual:** Después de la evaluación pertinente, se procede a preguntar al cliente de qué quiere hablar. Después, terapeuta y cliente debaten creencias irracionales específicas tratando de adoptar nuevas creencias racionales alternativas o afianzando las que ya tiene.
- **Entrenamiento en técnicas de respiración o meditación:** Se procede a guiar al paciente, indicándole que se ponga en una posición cómoda y con los ojos cerrados (si puede), y se le dan indicaciones para seguir una respiración específica (diafragmática, por ejemplo), o una meditación guiada.
- **Entrenamiento en Solución de problemas:** Lo primero que se hace es una evaluación del problema, posteriormente; la definición y formulación de este; se

generan alternativas de solución y se discuten con el cliente para evaluar los pros y los contras de cada una; se toma una decisión; se ejecuta la misma y se verifican resultados.

- **Entrenamiento asertivo:** El primer paso es identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal (agresivo, pasivo o manipulador), después se identifican las situaciones problemáticas, analizando estas en términos de quién, cuando, qué y cómo interviene en esa escena, identificando también nuestros pensamientos negativos y el objetivo que queremos conseguir. Posteriormente, se pone por escrito las situaciones problema y se clarifica lo que queremos conseguir; el entrenador moldea junto al paciente el guión para que este sea expresado de forma específica; se dan una serie de pautas de comportamiento en cuanto a lenguaje no verbal (la mirada, el tono de voz, la postura, etc.), y se dan las oportunas indicaciones para que la persona ensaye ante un espejo. Por último, aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás (las personas te pueden manipular para hacerte sentir culpable, evadiéndose de la conversación o victimizándose), se dan una serie de técnicas para resistirnos al influjo de los demás.
- **Entrenamiento en detención del pensamiento:** Implica que el paciente cierre los ojos y se enganche voluntariamente en la cadena de pensamiento disfuncional, cuando el cliente está concentrado en esa rutina mental, el terapeuta grita STOP a la vez que da un fuerte golpe sobre la mesa, evidentemente el sujeto abre los ojos desconcertado y el terapeuta le pregunta si en ese mismo momento está pensando todavía sobre el hecho pasado. Es obvio que la actuación del terapeuta habrá interrumpido abruptamente el pensamiento disfuncional. El procedimiento continuará, realizando el terapeuta este ejercicio un par de veces más, para pasar posteriormente a que sea el paciente quien lo realice por sí mismo, primero en voz alta, para progresivamente lograr la parada con la orden encubierta. Se pretende que la práctica transforme esta acción en un proceso automático de detención y redirección del pensamiento (María, Marta &Arabella, 2012).

Variables dependientes (definición conceptual):

- **Síntomas de depresión:** Respuestas subjetivas caracterizadas por un estado de ánimo depresivo, una disminución general de la energía, deterioro en el plano motivacional, enlentecimiento o agitación motora, etcétera (Vázquez, 2002).
- **Síntomas de ansiedad:** Respuestas cognitivas, conductuales y emocionales subjetivas caracterizadas por anticipación al peligro y activación elevada (Barragán, Parra, Contreras y Pulido, 2003).

Variables dependientes (definición operacional, según el DSM V, 2013):

**Sintomatología depresiva:**

- Presenta estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día (se siente vacía, sin esperanza, triste).
- Pérdida de interés y placer en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
- Ganancia de peso de 5 kg al mismo tiempo de presenta disminución del apetito casi todos los días. Oscila entre tener atracones y no querer comer nada.
- Insomnio todos los días.
- Fatiga y pérdida de energía casi todos los días.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse todos los días.
- Ideación suicida recurrente sin un plan específico.
- El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

**Sintomatología de la ansiedad:**

- La ansiedad excesiva y preocupación acerca de varios acontecimientos han ocurrido durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses.
- Tiene dificultades para controlar la preocupación.

- La ansiedad y preocupación se asocian con inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad y trastornos del sueño.
- La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica.
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (DSM V, 2013).

### *Muestreo*

Para este estudio no se realizó ninguna técnica de muestreo, debido a que es un estudio de caso único.

### *Muestra*

La muestra estuvo conformada por 1 individuo de 31 años, de sexo femenino, la cuál padece depresión y ansiedad con cumplimiento de la sintomatología que se marca como necesaria en el DSM V para llevar a cabo el diagnóstico de ambos cuadros. La convocatoria se lanzó por redes sociales, siendo ésta quien cumplía de mejor forma con los criterios de selección.

### *Participantes*

Mujer de 31 años que cuenta con una impresión diagnóstica de depresión y ansiedad. Este individuo solicitó apoyo psicológico de manera voluntaria, mediante un anuncio publicado por el estudiante en sus redes sociales.

### *Criterios de inclusión*

- La persona debe cumplir con la sintomatología de ansiedad y depresión que marca como necesaria en el DSM V.
- La persona no puede estar en ningún tratamiento psicológico pero manifiestan síntomas claros de alguno de los padecimientos.
- Persona con edad entre 20 y 50 años.
- Sexo indistinto.

### ***Criterios de exclusión***

- Persona diagnosticada con algún otro padecimiento que pueda estar generando síntomas similares.
- Persona fuera del rango de edad establecido para la muestra.
- Persona que ya esté acudiendo a tratamiento psicológico o farmacológico en este momento.

### ***Instrumentos***

- 1. *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*:** Instrumento diseñado por Aaron Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en el año de 1961 y registrado en 1978. Es un instrumento auto aplicado que consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala de 0 a 3. Su tiempo de aplicación es de diez minutos aproximadamente. Evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Este inventario cuenta con una validez de contenido buena de puntuación 4, una validez de constructo excelente, con una puntuación de 5, validez predictiva excelente, con puntuación 5 y una confiabilidad de consistencia interna de 5. Este instrumento no cuenta con baremos para la población mexicana.
- 2. *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*:** Instrumento diseñado por Aarón Beck en el año de 1981. Consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala de 0 a 3. Evalúa las diferentes manifestaciones de la ansiedad como las: somáticas, psíquicas y comportamentales. Este instrumento cuenta con una validez de contenido adecuada con una puntuación de 3, con una validez de constructo excelente y puntuación de 4.5, y con una validez predictiva buena con una puntuación de 4. Cuenta también con una fiabilidad de consistencia interna excelente, de 5. Este inventario no cuenta con baremos para la población mexicana.
- 3. *Entrevista Inicial Semiestructurada*:** En esta se pregunta el motivo de consulta, se evalúa la problemática que lo aqueja, presencia de síntomas, forma en que se ha desarrollado, área laboral, familiar, social, de ocio y otros posibles trastornos.

Es una entrevista semiestructurada, ya que contiene tanto preguntas abiertas como cerradas.

4. **Valoración continua:** Cuestionario creado específicamente para ser utilizado en cada sesión para valorar los cambios deseados y conductas objetivo.
5. **Consentimiento informado:** Es una autorización por escrito, de parte del paciente en la que permite grabar el audio de las sesiones.

*Procedimiento:*

**Etapa 1. Primer contacto y evaluación.** En esta etapa se realizará el primer contacto por teléfono, se estableció la fecha de la entrevista inicial y aplicación de instrumentos de Beck. En esta primera sesión de evaluación, también se le explicará a la paciente de qué trata la TCC, la TREC, sus objetivos y procedimientos, así como resolver dudas, establecer rapport, y establecer encuadre terapéutico. Se realizarán evaluaciones pre-tratamiento para valorar el padecimiento del paciente y establecer el diagnóstico apropiado.

**Etapa 2. Aplicación de TCC.** A partir del resultado de los instrumentos aplicados, de la revisión y comprobación de síntomas según el DSM V, así como del análisis funcional de la TCC y un análisis según la TREC, se hará el diagnóstico del paciente, se planeará una intervención, y se aplicarán las diferentes técnicas cognitivo-conductuales, como: TREC, técnicas de relajación y meditación, detención del pensamiento, entrenamientos asertivo, solución de problemas y psicoeducación, divididas en diferentes sesiones, y utilizando como material; audios, videos, aplicaciones de meditación guiada, información impresa y hojas de papel y lápiz. Todo será determinado por protocolos validados empíricamente para pacientes con ansiedad y depresión, evaluando su efectividad en el caso específico del paciente y haciendo ajustes en caso de ser necesario. Todo esto, será efectuado bajo supervisión clínica de un profesor.

**Etapa 3. Evaluación post-tratamiento.** Se aplicarán nuevamente los instrumentos aplicados al inicio del tratamiento. Esto nos permitirá saber las mejoras del paciente respecto a su padecimiento, así como la satisfacción que obtuvo con el terapeuta. Cabe señalar que cada una de las sesiones se describe de manera general en el apartado de resultados.



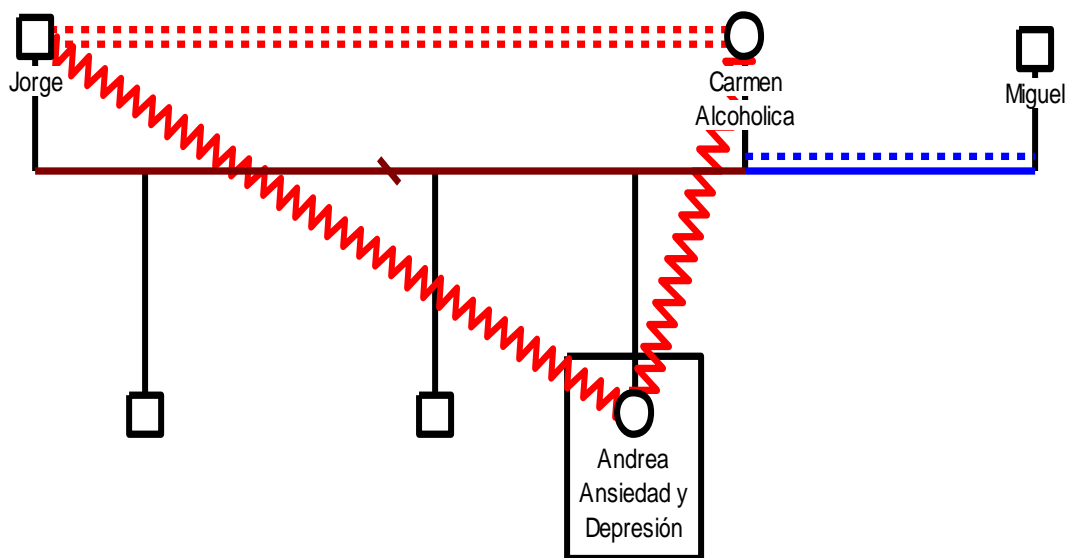
## RESULTADOS

### Descripción del caso

#### *Antecedentes*

Andrea nació en Puebla, es la menor de 3 hermanos de una familia de clase media. Una familia, llamada por ella, “disfuncional”, ya que, como ella cuenta, la mamá era alcohólica, el papá se separó cuando ellos eran pequeños, y cuando los tres hijos eran adolescentes, la mamá se mudó con un novio, dejando a los hijos solos en la casa que vivían. La paciente afirma haber tenido una infancia y adolescencia infeliz debido a que no tuvo padres presentes, ni una familia “como todas las demás”. Cuenta haber anhelado los domingos y eventos familiares en general, que no tenían y que ella veía que sus amigos sí. También tuvo una abuela a la que quería mucho, sin embargo esta murió poco antes de empezar la terapia.

**Figura 4.** Genograma realizado con los datos biográficos de la paciente, obtenidos en la entrevista inicial.



En la figura anterior, se muestra de forma visual el conflicto que tiene Andrea con ambos padres y que han influido en su estado de ansiedad y depresión.

## **Situación actual**

Andrea es una mujer de 31 años, soltera, sin hijos, vive en la Ciudad de México, tiene un nivel de estudios de licenciatura en Comercio Exterior y Aduanas, con maestría en Propiedad Intelectual. Actualmente trabaja como asesora comercial en FEMSA y como profesora de propiedad intelectual. En el trabajo, comenta que no se lleva bien con los compañeros ya que es la única mujer y cuenta que estos no estaban acostumbrados a trabajar con mujeres.

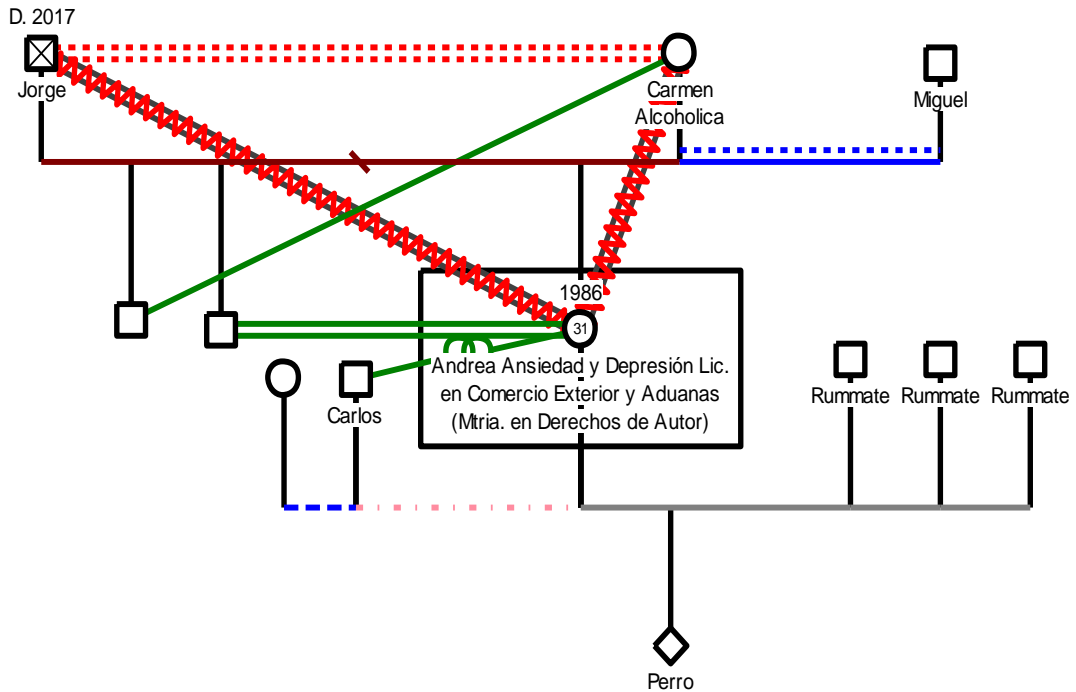
En el área personal, se encontró que Andrea reporta que una de sus preocupaciones más intensas es que quiere comprar una casa, pero se siente conflictuada porque no sabe en dónde comprarla. Teme que se aburra y se quiera ir, y si la compra ya no podría viajar tanto. Sus pasatiempos son las fotografía y el buceo. Le encanta viajar y dice que es el único momento en que ella cree que vale la pena vivir (cuando está viajando). En las últimas semanas, Andrea no toma ningún medicamento porque ya le han sido recetados, y dice sentirse peor cuando los toma. Ha tenido pensamientos suicidas, pero afirma que no lo haría por su perro, pues no lo quiere abandonar.

En relación a la pareja, Andrea convive con un chico que conoció en ese trabajo, y empezaron a tener una relación desde hace casi un año. Dicho por la paciente, la relación con este chico es muy buena, tienen una “fuerte conexión”, sin embargo, él está comprometido con otra mujer, situación que le causa mucha ansiedad y depresión. También afirma que le gustaría terminar la relación sentimental que tiene en este momento, debido a que cree ser la causante del agravamiento de sus síntomas.

En cuanto a la vivienda, Andrea comparte renta un departamento con 3 personas más y, según lo que reporta, se lleva bien con todos. De lo contrario, afirma que quisiera que en algún momento todo se acabe. Sólo se siente apoyada y segura cuando está en Tabasco (ciudad natal) con su hermano, ya que con este se identifica mucho y se siente protegida.

Recientemente se lleva bien con ambos hermanos, pero se identifica más con el hermano menor. Con los padres afirma no llevarse bien, debido a que siente un gran resentimiento hacia ellos. Tanto los hermanos como la madre, viven en Puebla. El padre murió durante el tratamiento. Con el Padre hablaba mucho, pero hasta antes de su muerte, afirmaba no amarlo, pues creía que él sólo estaba para ofrecerle dinero. Le gustaría tener una mejor relación con sus padres, pero siente que no es capaz de perdonarlos, por más que ellos se esfuerzan, porque siente mucho resentimiento.

**Figura 5.** Genograma de la situación familiar y personal que acontecía al inicio del tratamiento.



Gracias a este genograma podemos observar que hay situaciones de conflicto que Andrea viene cargando desde su infancia y que de alguna manera influyen en los niveles de ansiedad y depresión que mostraba en la entrevista y evaluación inicial.

## **Motivo de consulta**

La paciente se siente ansiosa y deprimida, dice tener pensamientos negativos respecto a la vida y a todo debido a su situación familiar, y a que intenta entablar una relación sentimental y no tiene éxito. Esto se agrava en situaciones como la que actualmente vive respecto a un chico que está con ella, pero se comprometió con otra. La ansiedad aparece todos los días, ya sea en el trabajo o cuando está sola, pensando. Se pone nerviosa, se arranca lo largo de las uñas y el pelo con las manos, algunas veces se pega en la cabeza y siente desasosiego. Lloro mucho, y todo esto se agravó hace un mes. No tiene ganas de socializar con amigos porque siente que se aburre. Tiene insomnio y falta de energía y concentración, por lo que el problema está afectando laboralmente. Las actividades que antes le gustaban, ya no la motivan, como el buceo o la fotografía. Últimamente ha tenido atracones y ha subido 5 kg.

Según indica, este problema (ansiedad y depresión) se remonta a sus 15 años, cuando la Mamá los abandonó para irse a vivir con el novio, y los tres hijos se quedaron solos en la casa, ya que su Papá ya no vivía con ellos. El nivel de depresión se agrava o disminuye, dependiendo de situaciones por las que esté pasando. Los Papás intentan tener una buena relación con ella, llamándola por teléfono, tratando de entablar una conversación, diciéndole que la aman, pero ella los rechaza. Afirma no poder decirles lo mismo a ellos porque no lo siente, y afirma ser tajante con la conversación.

Desde el año pasado, en el que empezó a entablar su relación actual, se empezó a sentir mal de nuevo, y todo empeoró hace un mes, cuando ya había cambiado de trabajo 3 veces y de casa, y su malestar seguía igual. Todo se pone peor cuando cambia de trabajo y dice ser “rechazada por los compañeros porque no estaban acostumbrados a trabajar con una mujer”. La situación se agrava cuando intenta entablar una relación y no tiene éxito. Dice que, casi siempre, los hombres terminan conociendo a otra mujer y terminando con ella para estar con otra.

En el trabajo actual conoció a un chico con el que empezó una relación hace casi un año, y después este chico le dijo que estaba comprometido con otra. La relación no se acaba debido a que ella no es capaz de terminarla pues siente una

conexión muy fuerte con él. Y cuando no están juntos ella lo extraña. Responsabiliza su situación actual a los pensamientos negativos que tiene y a personas.

Andrea ha estado en diferentes terapias y no le han funcionado, las pocas que le han funcionado, solo lo hacen temporalmente. En la exploración clínica se expresa una actitud abierta, cooperadora y espontánea pero con un poco de timidez. Con respecto al nivel del contenido del pensamiento, destaca la autocrítica por permitirse estar en situaciones sentimentales así, y por ver la vida tan negativamente. Siempre que habla de algo negativo, lo hace con una sonrisa o riéndose. Como antecedentes familiares destacan los problemas de abuso de alcohol de su Madre.

## **EVALUACIÓN**

**Evaluación inicial:** La evaluación se desarrolló en una sesión y fue realizada a través de las técnicas de entrevista semiestructurada, pruebas psicométricas y valoración de las metas últimas del tratamiento. Esta última se aplicó en cada sesión. Las demás sólo en la primera y última sesión.

- a) La entrevista ocupó toda la primer sesión; a través de ella se recogieron los datos más relevantes de su problema. La terapeuta le hizo la entrevista a la paciente en voz alta. Posteriormente y basado en la entrevista, se hizo el análisis funcional en el que se identificaron las relaciones entre los factores implicados en la conducta de la paciente.
- b) Técnicas psicométricas. Fueron la línea base, y se aplicaron antes de empezar la primer sesión. Se le pidió a la paciente que llegar 30 min. antes para que las llenara sola (después de una explicación de cómo hacerlo), en la sala de espera de Virginia Médica. Las pruebas administradas fueron las siguientes:
  - *Inventario de ansiedad de Beck (BAI)*. Esta escala se aplicó para medir el grado de ansiedad de la paciente. La puntuación obtenida fue: 61. Lo cual indica un nivel de ansiedad grave, siendo el más alto en el inventario.

- *Inventario de depresión de Beck (BDI)*. Esta escala se aplicó para medir el estado de depresión de la paciente. La puntuación obtenida fue: 35. Lo cual indica un estado de depresión grave, antecediendo al estado extremo.
- c) Valoración de las metas últimas del tratamiento. Estas se aplicaron en todas y cada una de las sesiones para una valoración constante de los cambios que se iban produciendo y de lo que aún faltaba por trabajar.

**Post Evaluación:** En la post evaluación se volvieron a aplicar las dos pruebas psicométricas que se aplicaron en la sesión de pre evaluación. Esto se hizo al final de la última sesión, en el consultorio con la terapeuta. Menciona aquí mismo sus puntajes finales.

## **ANÁLISIS FUNCIONAL**

A seguir se detallan los distintos factores implicados y las relaciones que se establecen entre ellos.

El orden de encendido de la conducta problema es siempre la misma: 1. Cognitiva, 2. Fisiológica, y 3. Motora. Es decir, sucede una situación, la paciente hace juicios e interpretaciones irracionales con respecto a esa situación, y la creencia en esas interpretaciones son las que finalmente le generan el malestar.

Las preguntas que se emplearon para realizar el análisis funcional fueron:

**1. ¿Qué pasa?**

Siente un dolor en el pecho, angustia, desasosiego, se desmaya de la nada, palpitaciones, aburrimiento, se quisiera aventar del balcón.

**2. ¿Cuáles son los estímulos que la hacen sentir todo eso?**

Externos: En el trabajo, cuando está sola, cuando habla con los Papás, cuando sale con amigos y se aburre, en situaciones específicas con el novio.

Internos: Pensamientos, imágenes y recuerdos.

**3. ¿Cuáles son las respuestas que aparecen a partir de estos estímulos?**

Cognitiva: Pensamientos negativos hacia sí misma, el mundo y el futuro.

Fisiológica: Cansancio, nerviosismo, falta de energía, temblor, palpitaciones, insomnio, falta de concentración.

Motora: Llanto, inhibición conductual: dejar de hacer actividades, ingesta compulsiva.

#### **4. ¿Cuáles son las consecuencias a corto plazo?**

Internas: Refuerzo negativo (abandono de situación), autocastigo (privándose de hacer actividades que disfruta), refuerzo positivo (atención).

### **Análisis según la TREC**

De acuerdo al análisis según las TREC, la paciente presenta baja tolerancia a la frustración y pensamientos catastróficos.

#### *Hipótesis Explicativa:*

La causa de su malestar emocional posiblemente son sus pensamientos, que tienen su raíz en la niñez, por la falta de atención que siente no tuvo de sus padres. Los pensamientos son una conducta encubierta debido a que no se los expresa a nadie y siempre mantiene una sonrisa respecto a todo. Además son una conducta directa, ya que son la causa de su malestar. Posteriormente, esos pensamientos derrotistas, de catastrofismo, etc. fueron generando un tipo de conducta que en sí misma aleja a las personas. Así como también hacen que ella sienta rencor hacia los papás y no pueda perdonarlos.

### **PLAN DE TRATAMIENTO:**

Basado en el resultado de los instrumentos, el análisis funcional y la característica de su problema, se decidió utilizar las siguientes técnicas terapéuticas:

- Psicoeducación

- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)
- Entrenamiento en técnicas de respiración y meditación
- Entrenamiento en solución de problemas
- Entrenamiento en conducta asertiva
- Entrenamiento en detención de pensamiento
- Entrenamiento en habilidades sociales

La **psicoeducación** se pretendía que la paciente se identificara con ciertos patrones de comportamiento y pensamientos irracionales, y estuviera consciente de que estos eran los causantes de su malestar, así como que supiera qué conductas o de pensamientos favorecen el ajuste emocional.

La **TREC** se pretendía identificar pensamientos irracionales y adoptar pensamientos más lógicos.

El entrenamiento en **técnicas de respiración y meditación**, se pretendía dotar a la paciente de herramientas de relajación, desactivación del estrés, disminuir la ansiedad, aumentar el autocontrol, así como disminuir la frecuencia e intensidad de pensamientos irracionales.

El **entrenamiento en solución de problemas** se pretendía dotar a la paciente de herramientas de afrontamiento a las diferentes situaciones, y a que tuviera un poco más de control frente a estas. Así como para que aprendiera a organizar y diseñar un plan de acción, de acuerdo a las opciones que tuviera para solucionar un problema, o para abandonar o aceptar la situación como es.

El **entrenamiento en conducta asertiva** se pretendía concientizar a la paciente de las maneras más funcionales de comunicación, formas de comunicación que resultaran benéficas para ella y los demás.

El **entrenamiento en detención del pensamiento** se pretendía contrarrestar directamente sus creencias y pensamientos automáticos irracionales causantes de sus problemas de depresión y ansiedad.



El **entrenamiento en habilidades sociales** se pretendía que tuviera una conducta que favoreciera la relación con su entorno, que optimizara su forma de comunicación, a beneficio de ella misma.

La **identificación y expresión de emoción** se buscaba que la paciente pudiera “sacar” o expresar la emoción a través de la identificación del lugar e intensidad de esta y, posteriormente, de la respiración, para disminuir su intensidad.

El tratamiento, sin contar las sesiones de pre y post-evaluación, tuvo una duración de 10 sesiones de (90-120 min), y con una periodicidad de 3 y 7 días, es decir de 1 a 2 veces por semana.

### **Desarrollo de las sesiones**

A continuación se presenta una descripción detallada del tratamiento, sesión por sesión, que incluye la evolución y estado de la paciente, las formas y momentos de aplicación de las técnicas, las tareas para casa, los problemas que surgieron durante las sesiones y los cambios que se produjeron.

### **SESIÓN 1**

La paciente acudió sola (como en el resto de las sesiones); comentó encontrarse muy ansiosa por empezar el tratamiento. Para empezar, se le explicó a la paciente su **diagnóstico** y los síntomas que comúnmente aparecían para estos trastornos. También se le presentó la hipótesis explicativa del origen y mantenimiento de su problema de ansiedad y depresión. Ella estuvo de acuerdo con la hipótesis. Después, se le comentó el **plan de tratamiento hipotético**, haciendo hincapié en que el objetivo no sería eliminar del todo su ansiedad ni su depresión, pero sí dotarla de herramientas para que pueda tener un poco más de control sobre estas, y finalmente reducir sus niveles y estado. Las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales e identificación y expresión de emoción no estaban planeadas, por lo que no fue mencionadas en esta sesión. Luego, se le explicaron brevemente los principios de la TREC, y se prosiguió con la primer técnica, **psicoeducación** según la TREC, en la

que la paciente se iba identificando con algunos de los puntos y rechazando otros. Luego, **se debatieron creencias** identificando pensamientos irracionales y modificándolos por otros más lógicos en su lugar. Este ejercicio estuvo muy interesante porque la paciente cayó en cuenta de muchos aspectos que estaban causando las situaciones que le afectaban. Por ejemplo, la paciente se quejaba de que los novios casi nunca estaban comprometidos con ella. Y en el debate, descubrió que, para empezar, y lo más importante, era que ella tampoco se comprometía con ellos. Al terminar el debate de creencias, la terapeuta guió a la paciente a una **meditación** de 20 min., misma que se le entregó por escrito para que la practicara en casa como tarea. Y, finalmente, se le preguntó cómo se había sentido en la sesión, y se le explicó lo que se trabajaría en la siguiente (esto se hizo al final de todas las sesiones).

## **SESIÓN 2**

En esta sesión se empezó por la valoración de las metas últimas de tratamiento (como en el resto de las sesiones), en las que la paciente refirió aún no haber sentido ningún cambio e, igualmente, como en todas las sesiones, se le preguntaba de qué le gustaría hablar en esta sesión. También se le preguntó respecto a la tarea para casa (meditación), y la paciente refirió no haberlo hecho. Se le comentó que las tareas para casa eran una parte importante de la terapia y que, eran las herramientas que tendría para cuando esta terminara. Posteriormente, se prosiguió a **debatir creencias**. En este ejercicio, la paciente pudo comprobar entre risas que, la mayoría de las veces, su interpretación de las situaciones era la que la hacía sufrir, y no, la situación en sí. Por ejemplo, la paciente decía era una “estúpida” por permitir una situación sentimental “así”, y en el debate, descubrió que, al contrario, era una persona bastante astuta por poder mantener esa situación, y que sabía perfectamente lo que estaba haciendo. La paciente refirió sentirse más tranquila después de los debates. Al terminar el debate, se trabajó con **asertividad y habilidad social**. Estas técnicas no estaban previstas para esta sesión, pero la paciente preguntó cómo debía actuar frente a una situación específica. Quería saber cómo podía hablar con el “novio” para saber lo que él sentía respecto a la situación. Por lo tanto, se utilizó la técnica de modelado. Finalmente, se

trabajó con **respiración diafragmática o respiración profunda** y se le pidió a la paciente que la practicara en casa o en el trabajo cuando sintiera ansiedad. También se le entregó por escrito el ejercicio de debate de creencias para que lo pudiera practicar fuera de la sesión también.

### **SESIÓN 3**

En esta sesión la paciente refirió sentirse mucho mejor. Comentó que le había servido la meditación y los ejercicios de debate de creencias. También se veía motivada porque por fin pudo tener una conversación sincera con el “novio”, y comentó sentirse aliviada. También refirió haber hablado con otro chico con el que también había una falta de comunicación y, finalmente, pudo aclarar las cosas. Se prosiguió a ponerle un **audio de una sesión de debate de creencias real**, en la que la paciente en el audio también tenía un problema de resentimiento y negación a perdonar a los Papás. Lo cual hizo que la paciente se identificara y comprendiera un poco más su situación. Este audio también sirvió para que la paciente se riera un poco de su situación y le quitara tanta seriedad e importancia. Luego se trabajó la técnica de **solución de problemas**, en la que se llegó a la conclusión de que la paciente escribiría una carta a los Papás expresando todo lo que sentía sin censuras, para después, volverlo a escribir asertivamente y posteriormente decidiría si enviárselas o no. Esto sería la tarea para casa. Finalmente, se le puso un **audio de meditación guiada**, y se le proporcionó la información para que bajara esa aplicación a su teléfono.

### **SESIÓN 4**

En esta sesión, la paciente refirió sentirse todavía mejor, motivada y, aunque la situación con el novio no era como ella quería, por lo menos se estaba dando cuenta de muchas cosas y estaba tomando acción al respecto. Comentó no haber hecho la carta a los Papás que se le dejó como tarea porque había tenido mucho trabajo, y la sesión fue en la misma semana de la sesión anterior, por lo tanto, se acordó que se dejaría para la próxima sesión. Se prosiguió a hacer el ejercicio de **debate de**

**creencias**, con la creencia “no amo a mis Papás”. Con esta creencia estuvo un poco difícil el debate, debido a que, es la situación que más resiente la paciente. Y a pesar de que, la terapeuta intentó poner ejemplos para hacer ver a la paciente que sí ama a los Papás, esta estuvo reacia y no quiso cooperar. Terminando el debate, se entrenó a la paciente con el ejercicio de **detención del pensamiento**. La jerarquía de los pensamientos estresantes fue la siguiente: 1) Andrés no me escogió a mí. 2) Tengo que comprar una casa pero no sé en dónde. Además, tendría que dejar de viajar. 3) Si hubiera tenido unos Papás presentes, mi vida hubiera sido diferente. El ejercicio se llevó a cabo más o menos en 40 min. A la paciente le costaba mucho quedarse en el lugar imaginario de su agrado, por lo que hubo que repetir el ejercicio varias veces y, debido a esto, la paciente se notó un poco incómoda. Se le pidió que lo intentara en casa.

## **SESIÓN 5**

Unos días antes de esta sesión, falleció el Papá de la paciente, por lo que se decidió trabajar solamente la identificación de emoción, su intensidad y lugar en el cuerpo. No sin antes preguntarle cómo se sentía y dejar que la paciente hablara. Comentó sentirse muy culpable, rompiendo en llanto, por no decirle que lo amaba una noche antes, cuando el Papá le hizo una llamada. Se consoló a la paciente diciendo que el Papá sabía y que no había razón para sentir culpa. No se trabajó debate de creencias en esta sesión, sólo se dejó que la paciente se expresara y se dieron algunos consuelos. Se prosiguió a trabajar la **identificación y expresión de emoción**. La paciente se notó muy dispersa y sin concentración, por lo que, al terminar el ejercicio, se le enviaron las indicaciones por escrito para que lo intentara en casa.

## **SESIÓN 6**

En esta sesión la paciente refirió aún sentirse muy triste, pero ya sin culpa. Sólo comentó que extrañaba al Papá y que tenía pensamientos del tipo “nunca más lo voy a ver”, “nunca más me va a llamar”, etc. También comentó que finalmente pudo

aceptar que sí ama a los Papás y que, a raíz de lo que pasó, pudo “perdonarlos por el momento”, ya que la Mamá, en el velorio se disculpó por todo lo que había pasado y le dijo que la amaban mucho. Ella también pudo decirle lo mismo, y eso la hizo sentir un poco mejor. Se prosiguió a hacer el ejercicio de **debate de creencias**. Esta vez, la paciente quiso trabajar con la siguiente: “me voy a quedar soltera como mi tía”. Y al final del ejercicio, pudo llegar a la conclusión de que solo se quedaría soltera si fuera lo que quiere en el fondo, o si actuara como si fuera así. En esta sesión se le recomendaron dos lecturas: “El Poder del Ahora” de Eckhart Tolle, y “Amar lo que es” de Byron Katie.

## **SESIÓN 7**

En esta sesión, la paciente refirió sentirse un poco mejor que las últimas dos sesiones. También comentó que su mayor problema en ese momento era “Andrés”, es decir, el chico con el que tenía una especie de relación. Por lo que se decidió trabajar aquí la técnica de **solución de problemas**. Antes de proseguir con la técnica, se le puso un **audio de debate de creencias real**, de una situación parecida a la de ella con respecto a su situación sentimental. La paciente se rió con el audio, se identificó y comprendió un poco más su situación. Posteriormente, con la técnica de solución de problemas, se concluyó que la paciente no estaba lista para terminar su relación, por lo tanto, antes que nada, iba a aceptar ese hecho, para posteriormente hacer algo al respecto. La solución a la que se llegó finalmente fue de tratar de “ir haciendo el duelo” mientras estaba con él. Se le dijo que lo empezara a poner en práctica y que comentaríamos sus avances en la siguiente sesión.

## **SESIÓN 8**

En esta sesión, la paciente refirió sentirse mejor, pero la situación con el novio aún la tenía intranquila pues, aunque quiera dejarlo, no lo puede hacer. Se le recordó que ese no era el objetivo de la solución de problemas, sino que aceptara que no dejarlo en ese momento no estaba mal, y que, simplemente fuera enfocando su atención en lo que realmente quiere, pues repetidamente decía que ella no estaba

cómoda con esa situación. También comentó que, a pesar de que sí le gusta leer, aún no se sentía con la concentración suficiente para poder leer un libro (los recomendados en la sesión 6). Posteriormente, se trabajó la técnica de **habilidades sociales**, ya que anteriormente a la sesión, por medio de un mensaje, la paciente comentó que le gustaba un chico, pero no sabía cómo invitarlo a algo. Por lo tanto, se trabajó modelado junto con **asertividad**. Como tarea para casa, se le dijo que pusiera en acción lo que se trabajó en sesión, es decir, que invitara al chico a tomar un helado, por ejemplo.

## **SESIÓN 9**

En esta sesión, la paciente refirió sentirse un poco mejor, y comentó también que había puesto en práctica lo trabajado en la sesión pasada, y que lo había hecho con éxito. También comentó que un chico le dijo que “era rara”, por lo tanto, se hizo **debate de creencias** para llegar a la conclusión de que, para empezar, no había nada de malo en “ser raro”, y también se dio cuenta de que lo que el chico no entendía, posiblemente lo tachaba de “raro”, y que ella no tenía por qué creer en las definiciones que otros hicieran de ella. Posteriormente, la paciente le enseñó a la terapeuta un video que subió a sus redes sociales en el que ella misma se definía como “rara”. Efectivamente, la paciente actuaba como si lo fuera, por lo que se hizo el **debate de creencias** una vez más, confrontando a la paciente, ya que ella en realidad no es así. La paciente comentó que en sesión no era “rara” porque sentía mucha confianza, pero que con otras personas sí lo era. Por ello, se le pidió que explicara las situaciones en las que se sentía “rara” y se volvió a hacer un entrenamiento en **habilidades sociales**, por medio de modelado y **asertividad**.

## **SESION 10**

Esta fue la última sesión. La paciente comentó que la situación con el novio aún la tiene intranquila, pero que ha notado avances en ella misma. En esta sesión, se hizo un resumen de las estrategias trabajadas y se dieron pautas de actuación en caso de recaídas (incluida la posibilidad de contactar de nuevo a la terapeuta). Se hizo

hincapié en que no dejara de practicar las técnicas que le habían funcionado, y que recordara todas las herramientas que ahora tiene para un mayor control sobre su problema de ansiedad y depresión. También se acordó que en caso de que la paciente quisiera, se podría hacer un nuevo acuerdo de programa para continuar con la terapia, una vez que la paciente regresara de viaje. Se le volvieron a aplicar los mismos dos instrumentos que se aplicaron en la sesión de pre-evaluación. Se cerró la sesión con una **meditación** guiada por la terapeuta.

La tabla 1 nos muestra cómo se aplicaron las diferentes técnicas en cada sesión.

**Tabla 1.** Distribución de las técnicas terapéuticas por sesión

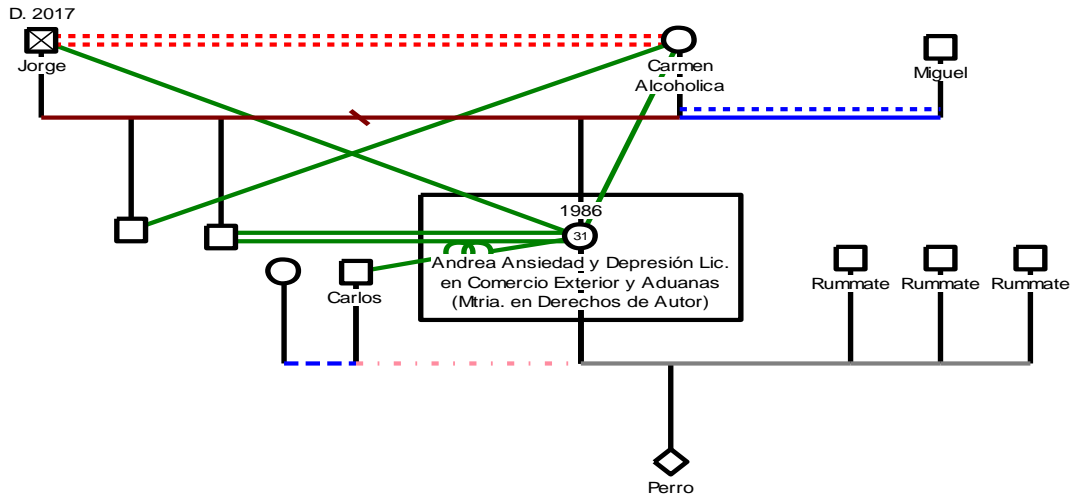
Psicoeducación	Sesión 1
TREC	Sesión 1, 2, 4, 6, 9 y 10
Entrenamiento en técnicas de respiración y meditación	Sesión 1, 2, 3, 10
Entrenamiento en solución de problemas	Sesión 3, 7
Entrenamiento en conducta asertiva	Sesión 2, 8, 9
Entrenamiento en detención del pensamiento	Sesión 4
Entrenamiento en habilidades sociales	Sesión 2, 8, 9
Identificación y expresión de emoción	Sesión 5

### **SITUACIÓN ACTUAL DE LA PACIENTE:**

Según informó la paciente, sus síntomas de ansiedad y depresión disminuyeron, aprendió nuevas formas de controlar su ansiedad y pensamientos negativos, lo cual la tiene un poco más tranquila, mejoró su estado de ánimo, también mejoró su nivel de concentración, energía y calidad del sueño, logró perdonar y mejorar su relación con

la mamá, aprendió nuevas habilidades sociales, y mencionó sentir mucha tranquilidad cada vez que iba a una sesión. Sin embargo, afirma que aún no se eliminaron del todo sus síntomas, por lo que le gustaría seguir con la terapia.

**Figura 6.** Genograma actual de familia y relaciones obtenidas de la evaluación final de la paciente.



## ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos en los instrumentos, tanto en la pre como en la post-evaluación. Cabe mencionar que el análisis fue realizado con las herramientas del programa de Microsoft Excel. Y en el caso de uno de los instrumentos, se muestra también los resultados durante el tratamiento.

Para iniciar con la descripción de resultados se hizo una comparación descriptiva entre las puntuaciones obtenidos antes y después del tratamiento en las preguntas de salida de cada sesión, como se muestra en las tablas 2 y 3.



**Tabla 2.** Valoración metas últimas de tratamiento pre y post-evaluación.

<b>Etapa</b>	<b>Calidad sueño</b>	<b>Nivel energía</b>	<b>Nivel concentración</b>	<b>Frecuencia pensamientos irracionales</b>	<b>Calidad Alimentación</b>	<b>Estado de ánimo</b>
<b>Pre-evaluación</b>	3	4	2	9	7	3
<b>Post-evaluación</b>	7	7	7	4	8	7

En la tabla 2, podemos observar que en la post-evaluación, todas las áreas evaluadas mejoraron en comparación con la pre-evaluación. Además, se puede afirmar que en el caso de la calidad de sueño, nivel de energía, concentración y estado de ánimo, el nivel máximo al que llegó la paciente fue de 7. En el caso de la calidad de la alimentación, no pasó de 8, pero empezó en 7, y la frecuencia de pensamientos negativos empezó en un nivel casi máximo de 9 y bajó a 4.

**Tabla 3.** Valoración metas últimas de tratamiento completo.

<b>Etapas</b>	<b>Fecha sesiones</b>	<b>Calidad sueño</b>	<b>Nivel energía</b>	<b>Nivel concentración</b>	<b>Frecuencia pensamientos negativos</b>	<b>Calidad alimentación</b>	<b>Estado de ánimo</b>
<b>Pre-evaluación</b>	15/02/17	3	4	2	9	7	3
	23/02/17	3	4	3	8	7	4
	28/02/17	3	4	4	9	7	4
	02/03/17	4	5	5	7	7	5
	07/03/17	6	7	7	5	8	7
	14/03/17	1	1	1	9	6	2
	21/03/17	3	2	2	8	6	3
	28/03/17	5	6	6	7	8	4
	30/03/17	6	7	6	6	8	5
	04/04/17	6	7	7	5	8	6
	06/04/17	7	7	7	4	8	7
<b>Post-evaluación</b>	11/04/17	7	7	7	4	8	7

ión							
-----	--	--	--	--	--	--	--

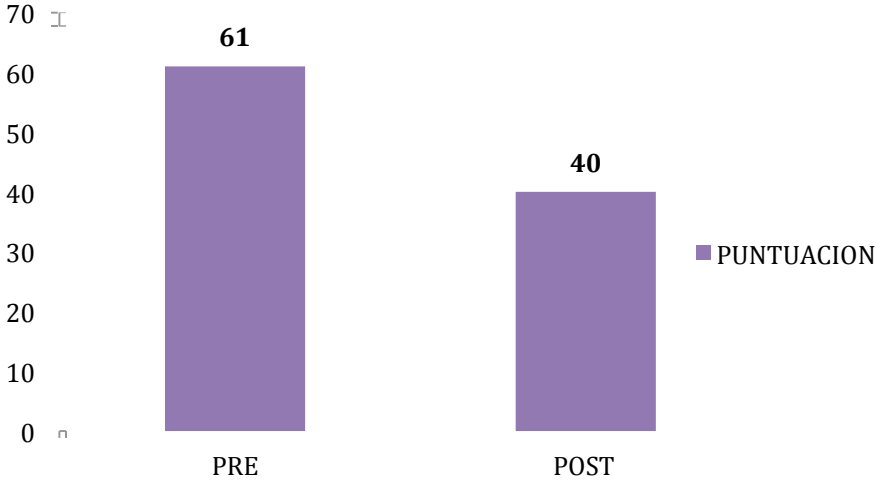
En la tabla 3, podemos observar más a profundidad lo que sucedió durante todo el tratamiento. Se puede afirmar que, en las primeras 2 sesiones después de la pre-evaluación, la mayoría de las áreas se mantuvieron casi igual. A partir de la cuarta y hasta la quinta sesión, los niveles subieron (en el caso de pensamientos irracionales bajó la frecuencia), y en la sexta sesión y hasta la séptima, volvieron a bajar (en el caso de P.I. subió). Luego, en la octava sesión volvieron a subir, para mantenerse en el mismo nivel en la penúltima y última sesiones.

Enseguida se representará por medio de gráficas los puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck, antes y después del tratamiento. Así como los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba t de Student (figura 4 y 5).

**Figura 7.** Inventario de Ansiedad de Beck pre y post evaluación.

□

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Pre y post tratamiento



En la figura 7, podemos observar que en la pre-tratamiento, la paciente obtuvo una puntuación de 60, lo cual equivale a un nivel de depresión grave, y en el post-

evaluación, obtuvo una puntuación de 40, lo cual equivale también a un nivel de presión grave. Esto quiere decir que bajó su nivel de ansiedad, sin embargo, de acuerdo a la tabla 6, sigue teniendo el mismo nivel de depresión, según la interpretación del inventario.

**Tabla 4.** Prueba t de Student para medias de dos muestras emparejadas para el pre y post del inventario de ansiedad de Beck (BAI).

	<i>PRE</i>	<i>POST</i>
Media	2.90	1.90
Varianza	0.09	0.79
Observaciones	21	21
Coeficiente de correlación de Pearson	0.15	
Diferencia hipotética de las medias	1.08	
Grados de libertad	20	
Estadístico t	-0.41	
P(T<=t) una cola	0.34	
Valor crítico de t (una cola)	1.72	
P(T<=t) dos colas	0.68	
Valor crítico de t (dos colas)	2.08	

En la tabla 4, se realizó una prueba t Student para identificar diferencias entre los resultados del pre y post evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck en la paciente. Para la prueba se usó un nivel de confianza de 95 %, los resultados indicaron un p valor de 0,68 que es mayor al nivel de significacion y el valor del estadístico es -0.409 que recae en la región de aceptación. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, de modo que se puede determinar que hubo diferencias entre el post y pre evaluación del inventario de ansiedad de Beck, sin embargo, esas diferencias no fueron significativas. No, si hubieron diferencias, pero estas no fueron significativas como en el caso anterior.

Posteriormente, se realizó una prueba t- Student para muestras dependientes, para conocer si existen diferencias significativas entre la pre-evaluación y la post-evaluación. Esta prueba nos permite inferir acerca de la eficacia del tratamiento y si

hubo diferencias en las medias obtenidas en cada medición. Esta es una prueba bilateral o de dos colas, ya que deseamos estudiar si solo existen diferencias o no. los resultados se pueden observar en la tabla 5:

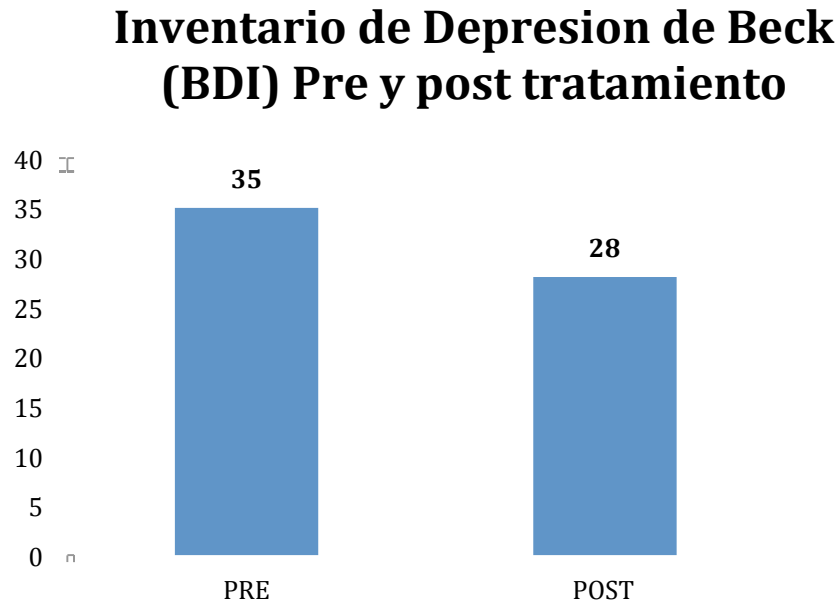
**Tabla 5.** Prueba t de Student para medias de dos muestras emparejadas

	Pre- evaluación	post-evaluación
Media	4.67	6.67
Varianza	7.67	1.867
Observaciones	6	6
Coefficiente de correlación de Pearson	-0.57	
Diferencia hipotética de las medias	2	
Grados de libertad	5	
Estadístico t	-2.65	
P(T<=t) una cola	0.02*	
Valor crítico de t (una cola)	2.01	
P(T<=t) dos colas	0.04*	
Valor crítico de t (dos colas)	2.57	

En la tabla 5, las dos variables analizadas fueron la media de los puntajes obtenidos en la pre-evaluación y la media de los puntajes de la post-evaluación, con un nivel de confianza de 95%. Los valores que se tomaron para determinar las diferencias fueron para dos colas, entonces se observa que el valor crítico de la t (dos colas) arrojó un valor de 2.57, el p valor es 0,045 y el valor del estadístico es -2,65. Como el valor del estadístico entra en la región de rechazo determinada por el valor crítico y, adicionalmente, el valor p de 0,04 es menor al nivel de significación seleccionado, entonces se rechaza la hipótesis nula, por lo que estadísticamente se comprueba que si existen diferencias entre la pre-evaluación y la post-evaluación de la valoración de las metas últimas. Podemos afirmar que el proceso terapéutico fue exitoso, y tanto la depresión como la ansiedad disminuyeron significativamente.

Ahora presentaremos los puntajes brutos que arrojó el Inventario de Depresión de Beck (figura 8), junto con los resultados de la aplicación de la prueba t de Student antes y después del tratamiento (tabla 6).

**Figura 8.** Inventario de Depresión de Beck (BDI) pre y post evaluación.



En la figura 8, podemos observar que la paciente obtuvo una puntuación de 35 en la pre-evaluación, lo cual equivale a un nivel de depresión grave, y una puntuación de 28 en la post evaluación, lo cual equivale a un nivel de depresión moderada, de acuerdo a la interpretación del inventario. Por lo tanto, podemos concluir que su estado de depresión bajó. Y de acuerdo a la misma figura, podemos afirmar que pasó de un estado de depresión grave, a un estado de depresión moderada.

**Tabla 6.** Prueba t para medias de dos muestras emparejadas para el pre y post del Inventario de Depresion de Beck (BDI).

	<i>Pre- tratamiento</i>	<i>Post - tratamiento</i>
Media	1.67	1.334
Varianza	1.134	1.234

Observaciones	21	21
Coeficiente de correlación de Pearson	0.44	
Diferencia hipotética de las medias	0.34	
Grados de libertad	20	
Estadístico t	-0.026	
P(T<=t) una cola	0.489	
Valor crítico de t (una cola)	1.72	
P(T<=t) dos colas	0.98	
Valor crítico de t (dos colas)	2.08	

---

En la tabla 6, se realiza una prueba t Student para indentificar diferencias entre los resultados del pre y post evaluación del Inventario de Depresión de Beck en la paciente. Esta prueba tambien se realizó con un nivel de confianza de 95 %, los resultados indicaron un p valor de 0,98 que es mayor al nivel de significación (0,05) y un valor del estadistico de -0.02. En conclusión, los datos mostraron evidencia suficiente para rechazar la hipotesis nula, de modo que no se puede afirmar diferencias significativas entre los resultados del pre y post evaluación del inventario de depresion Beck. En otras palabras, aunque disminuyeron los niveles de depresión, los cambios no resultaron estadísticamente significativos.

## CONCLUSIONES

El abordaje terapéutico que se eligió en este caso fue exitoso, porque los objetivos de consulta fueron alcanzados. Sin embargo, fue claro que la duración del mismo no fue suficiente, recordemos que en un principio se habían acordado que se llevarían a cabo 8 sesiones de intervención basadas en un modelo de terapia cognitivo conductual centrado en la terapia breve, ésta afirmación se fundamenta en que en uno de los instrumentos (Inventario de Ansiedad de Beck) la paciente puntuó con el mismo nivel de ansiedad, mientras que en el otro descendió sólo el nivel de depresión, evaluado con el Inventario de Depresión de Beck. A pesar de que sus síntomas mejoraron y la percepción de mejoría de la paciente también fue positiva. Es muy probable que con mayor número de sesiones se hubiera podido contribuir a que ansiedad y depresión descendieran de forma mucho más notoria.

También se considera que el proceso terapéutico fue exitoso, debido a que la paciente reportaba muchos cambios positivos en su vida, sin embargo, no siempre lo percibía así, como por ejemplo; en el debate de creencias, la paciente llegó a tener muchos “insights”, como darse cuenta de que sus pensamientos hacia ella misma hacían que actuara de forma que los hombres se alejaran de ella, o que el hecho de que ella no se comprometiera del todo en una sola relación, hacía que ellos tampoco se comprometieran con ella. O que al aceptar que sí ama a los papás ya mejoraría la situación con ellos, lo cual fue exactamente lo que sucedió.

La ansiedad y depresión son trastornos complejos y, en algunos casos, como en este, se necesita una terapia más larga. Otro motivo por el que se puede suponer que se necesitaba más tiempo, es por el mismo síntoma de la depresión, de ver y percibir todo negativamente, por lo que la paciente informaba no practicar algunas de las técnicas en casa, posiblemente porque creía que no funcionarían.

Las estrategias terapéuticas que se seleccionaron para aplicar en este caso estuvieron basadas en el análisis detallado de la situación, la paciente y los datos obtenidos a partir de los instrumentos. En este momento, se puede inferir que en general fueron las adecuadas porque coinciden con las empleadas por autores como

Lugo, Reynoso y Fernández (2015), en el tratamiento de ansiedad y depresión. Aunque, en el desarrollo de técnicas como la detención de pensamientos irracionales e identificación y expresión de la emoción, la paciente no estuvo concentrada ni se sintió cómoda, esto se obtuvo de menciones directas hechas por ella misma. La técnica más empleada dentro del enfoque *Cognitivo Conductual* ha sido la *Terapia Racional Emotiva*. En el caso de esta intervención, la TREC fue la técnica que se utilizó en un mayor número de sesiones. En estas sesiones se identificaron y debatieron creencias irracionales y se sustituyeron por creencias más lógicas. Esta técnica se consideró la más pertinente debido a que la misma paciente afirmó que creía que una de las principales causas de sus trastornos eran sus pensamientos negativos hacia ella misma y hacia la vida..En este mismo tenor, se puede agregar que hubo intervenciones que no se habían planteado con anticipación y que aparecieron de forma emergente conforme avanzó el proceso, como la técnica de habilidades sociales e identificación y expresión de emoción.

Al continuar con la discusión de los resultados. También se encontró que hubo discrepancias con respecto a lo que observaba como terapeuta y lo que escuchaba de la paciente; como varias conductas que se atrevió a tener, y de las que obtuvo al menos respuestas claras (como tener una conversación con el novio con respecto a lo que pretendía él con ella, y este fue muy claro al afirmar que no estaba cómodo con la situación y que se tenía que acabar), mientras que la paciente seguía sin ver ese avance. Esto pudo deberse a la inexperiencia de la terapeuta, así como la necesidad de otro tipo de técnicas dentro del CC y la TREC.

Un acontecimiento que posiblemente afectó la post evaluación del proceso fue la muerte del Papá de Andrea, aunque según ella no se sintió afectada y se pudo reconciliar con él reduciendo el rencor que reportaba en un inicio. Pero, no perdamos de vista que esto puede ser un factor de riesgo para que su depresión se agrave en un futuro.

Es importante mencionar que como los objetivos terapéuticos y el motivo de consulta fueron resueltos, se procedió a dar el “alta por cumplimiento de objetivos”, no sin enlistarle los riesgos identificados en otras áreas como: sus relaciones de



pareja, el duelo por su padre, la reconciliación con su madre y hermano y las relaciones laborales. Por ello, se acordó con la paciente (que se fue de viaje justo terminado la terapia), que en cuanto volviera se renegociaría un nuevo acuerdo terapéutico en caso de que quisiera revolver alguna de esas otras situaciones. También se le mencionaron otros tipos de terapia para que si así lo desease, buscara ayuda por otro lado.

En resumen, podemos concluir que la Terapia Cognitivo Conductual tiene un efecto positivo en los trastornos de ansiedad y depresión, pero en algunos casos, una terapia breve no es suficiente para eliminar los síntomas por completo u obtener un cambio significativo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvaro, J. Garrido, A. & Scheweiger (2010). Causas sociales de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*. Vol. 68 núm. 2. Recuperado de:  
<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/File/328/334>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Manual Estadístico Diagnóstico. EUA: APA.
- Baeza J. (2008). Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad: España.
- Beajet, C., Borges, G., Medina, M.E., Bautista, C.F., Zambrano, J. (2008). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Revista de Salud Pública*, Vol. 46 (5). Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000500007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500007)
- Bobes, J., González., M.P., Saiz, P., Bousoño, G. (1997). Calidad de Vida y Depresión. Recuperado de:  
[http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1997/1997\\_Bobes\\_Calidad.pdf](http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1997/1997_Bobes_Calidad.pdf)
- Bogaert G., H. (2012) La Depresión Etiología y tratamiento. *Revista Ciencia y Sociedad*. Vol. 37 (2). Pp. 183-197. Obtenido de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87024179002>
- Campos, M., (2013). Trastornos de Ansiedad Generalizada ante factores psicosociales en servidores públicos de una entidad descentralizada a nivel estatal. Tesis de maestría. Universidad Autónoma de Querétaro. México.
- Clark, D. A., Beck, A. (2010). Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad, Ciencia y Práctica. Descleé. España.
- Flores A., Cárdenas G., Durán X., & De la Rosa A. (2014). Psicoterapia vía internet. Aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión: México.

- García H. y Calvanese N. (2008) Calidad de Vida Percibida Depresión y Ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*. Vol. 18(1). Pp. 5-15. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/291/29118101.pdf>
- Giselle. V. (2008). Nivel de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de investigaciones*. Vol, 15. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862008000100004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100004)
- Hernández S., T., Figueroa L., C., Ramos del R., B., y Alcocer D B, L. (2014). Depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. *Psicología y Salud*. Vol. 24(1) Recuperado de:  
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/717>
- Hernández S., R., Fernández C., C., Baptista P., L. (2014) Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.
- INSALUD (1997) Protocolos de Salud mental en Atención Primaria: Ansiedad, Insomnio y Depresión. Madrid: Área 1 de Atención Primaria.
- Kessler R.C., Chiu W.T. Demler O., Walters E.E. (2005). Prevalence severity, and comorbidity of twelvemonth. DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) Archives of General Psychiatry, 62 (6) pp.617-627.
- Lugo I., Reynoso L. & Fernández M. (2015). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre ansiedad, depresión y severidad del asma en adultos: México.
- Lobo A., Campos R. (1997). Factores etiopatogénicos. En: Trastornos de Ansiedad en atención primaria. Pp. 41-76. Madrid: Editorial EMISA.
- Martínez, A. (2008). Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión. Tesis de Maestría. Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla.

Recuperado de:

[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/martinez\\_r\\_a/](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/)

Organización Mundial de la Salud (2015). Depresión. Datos y Cifras. Nota descriptiva núm. 369. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Piqueras R., J.A., Martínez G., A.E., Ramos L., V., Rivero B., R., García L., L.J., Oblitas G., L. A. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. 15(1) pp. 47-73.

Robins, L. N., Regier D.A., (eds.) (1991) Psychiatric Disorders in America the Epidemiologic Catchment Area Study. New York: The Press.

Vea, R. (1989). Factores psicosociales de la depresión y la ansiedad en madres con hijos deficientes mentales. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria=*Revista de Servicios Sociales*, Vol. 9, No. 7. Recuperado de:

<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Factores%20de%20la%20depresion%20y%20la%20ansiedad.pdf>

Vinaccia, S., Fernández H., Amador O., Tamayo R., E., Vázquez A., Contreras F., Tobon S., Sandin B. (2005). Calidad de Vida, Ansiedad y Depresión en Pacientes con Diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable. *Terapia Psicológica*, Vol. 23 (002), pp. 65–74. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/profile/Bonifacio\\_Sandin/publication/26493164\\_Calidad\\_De\\_Vida\\_Ansiedad\\_y\\_Depresion\\_en\\_Pacientes\\_con\\_Diagnostico\\_de\\_Sindrome\\_de\\_Colon\\_Irritable/links/0c9605267903847ad3000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Bonifacio_Sandin/publication/26493164_Calidad_De_Vida_Ansiedad_y_Depresion_en_Pacientes_con_Diagnostico_de_Sindrome_de_Colon_Irritable/links/0c9605267903847ad3000000.pdf)

Vinaccia, S., Orozco., L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, Vol. 1 (12).

Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1794-99982005000200002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1794-99982005000200002&script=sci_arttext)

Virgen R., M., Lara Z., A.C., Morales B., G, Villaseñor B., S. J. (2005) Los trastornos de Ansiedad. *Revista Digital Universitaria*. 6 (11) pp.2-11.

Wagner F., González C., Sánchez S., García C. & Gallo J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México: México. Salud.

## **ANEXOS**

**Anexo 1.** Consentimiento informado.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SESIÓN DE GRABACIÓN DE PRACTICA ACADÉMICA**

Este documento desglosa todas las cuestiones relativas al uso de la información que se le dará a sus datos de participación en la grabación de una sesión de práctica académica. Por favor léalo atentamente y consulte con el estudiante todas las dudas que tenga.

**1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA GRABACIÓN DE LA SESIÓN.** En el lugar que previamente hayan acordado el estudiante y los participantes, se llevarán a cabo grabaciones, con medios auditivos o audio-visuales, de sesiones de una práctica académica con una duración de máximo 60 minutos donde se aplicarán instrumentos de entrevista clínica con fines formativos y de desarrollo profesional para el estudiante de psicología: Las grabaciones serán utilizada únicamente como apoyo para la supervisión de la práctica del alumno en el desarrollo de sus habilidades profesionales y como evidencia de la realización de esta práctica para cumplir con un actividad académica de su formación profesional.

**2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.** Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación y solamente por parte del alumno y el profesor que evalúa la práctica académica, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información sin nuestro consentimiento expreso. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

**3. DESTINO DE LA GRABACIÓN, INFORMACIÓN Y MATERIALES**

**OBTENIDOS.** Después del uso académico y profesional de la información obtenida, el estudiante y el profesor se comprometen a no conservar ningún documento y/o archivo electrónico o físico relacionado con esta práctica académica, para ello, procederán a la destrucción de documentos y/o archivos electrónicos sin conservar ninguna copia de ello.

**4. DURACIÓN.** Esta terapia tendrá una duración de aproximadamente 10 sesiones (1 a la semana), podrían ser más o menos sesiones. Yo, \_\_\_\_\_ me comprometo a terminarlas en el tiempo estipulado, sin importar la situación.

**5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído el consentimiento informado de sesión de grabación de práctica académica que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en el facilitadas acerca de la grabación de la sesión de práctica académica y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional del estudiante de psicología. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la grabación de las sesiones y que los datos se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en este documento.

En \_\_, a \_\_\_\_\_ de de 2017.

Nombre del participante. Firma

**Anexo 2.** Formato de entrevista inicial.

**ENTREVISTA**

**1. MOTIVO DE CONSULTA**

1.1 ¿Cuál es la problemática que hizo que quisieras venir conmigo?

1.2 En una escala del 1 al 5, ¿Dónde situaría la gravedad de su situación?

Poca	1	Grave	4
Leve	2	Muy grave	5
Moderada	3		

1.3 ¿Con qué frecuencia surge la situación actualmente?

1.4 ¿Qué hace y evita cuando surge el problema? (antes, durante y después)

1.5 ¿Qué hacen los demás?

1.6 ¿Qué piensa o se dice a sí mismo cuando ocurre el problema?

1.7 ¿Qué siente emocional y físicamente cuando ocurre el problema? (antes y después).

**2. INTERFERENCIA**

2.1 ¿Cómo afecta el problema en su vida? (en el trabajo, en su casa, en su relación con otras personas).

2.2 ¿Cómo afecta el problema a las personas que se relacionan con usted?

2.3 ¿Tiene algún problema importante económico, legal o familiar en la actualidad? (deudas, órdenes de embargo, trámite de divorcio, custodia de niños, juicios, pendientes, etc.)

**3. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO**

3.1 ¿Cuándo empezó a ser un problema para usted esta situación?

3.2 Durante ese periodo, ¿recuerda si hubo algún cambio o acontecimiento en su vida?

- 3.3 ¿El problema ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado o ha empeorado? (si hay cambios, cuándo ocurrieron, en qué circunstancias y qué acontecimientos la acompañaron).
- 3.4 ¿Qué ha hecho hasta ahora para solucionar su problema? (por si mismo, tratamientos recibidos, medicación actual).
- 3.5 ¿Ha tenido algún problema psicológico antes de la aparición del problema actual? (qué problema?)
- 3.6 ¿Recibió algún tratamiento? (especificar)
- 3.7 Generalmente ¿en qué situaciones se presenta el problema? (en qué lugares, con qué personas, a qué hora, qué días).
- 3.8 De los siguientes ámbitos, en qué porcentaje considera que su condición afecta su calidad de vida:
- 3.9 En su opinión ¿Cuál de las siguientes opciones considera más responsable de detonar u originar su situación actual?

#### 4. CAUSALIDAD

- 4.1 ¿A qué atribuye su problema?

#### 5. VIDA FAMILIAR

- 5.1 ¿Actualmente con quién vive?
- 5.2 ¿Ha presentado en su vida pérdidas que usted considera importantes? ¿Cuáles?
- 5.3 ¿Siente que ha contado con apoyo familiar durante esta etapa?
- 5.4 ¿A qué miembros recurre usted con más frecuencia cuando se siente vulnerable?
- 5.5 ¿Cómo considera que ha sido su relación con amistades y conocidos últimamente? (por qué)
- 5.6 ¿Ha variado la frecuencia con que se reúne con sus amistades a partir de que detectó el problema? ¿A qué lo atribuye?

#### 6. ESTADO FÍSICO

- 6.1 ¿De qué manera calificaría su estado de salud actualmente



- 6.2 ¿Se enferma regularmente?
- 6.3 ¿Padece de alguna enfermedad crónica, problema físico o condición médica que requiera de cuidados especiales? (aparato cardiovascular, respiratorio, diabetes, hipertensión, cáncer, etc.)
- 6.4 ¿Qué medicamentos toma? (indicar frecuencia y cantidad).
- 6.5 ¿últimamente ha sufrido cambios de peso importantes, ya sea que éste haya aumentado o disminuido?
- 6.6 ¿Ha tenido pérdida o aumento del apetito?
- 6.7 ¿Recientemente ha tenido problemas de sueño, ya sea pérdida o aumento de éste?
- 6.8 Cuando duerme, ¿tiene la impresión de no descansar?
- 6.9 ¿Consume alcohol? ¿Con qué frecuencia?
- 6.10 ¿Consume otras sustancias como tabaco, estimulantes, tranquilizantes, hipnóticos, cocaína, heroína, éxtasis, “pastillas”, etc? (indicar frecuencia y cantidad).
- 6.11 ¿Realiza o practica algún tipo de ejercicio? ¿Cuál?
- 6.12 ¿Presenta algún tipo de discapacidad derivado de su problema? ¿Cuál?
- 6.13 ¿Necesita apoyo de otras personas para realizar sus actividades diarias?
- 6.14 ¿Cuáles son los síntomas físicos que puede distinguir y que definen su estado actual?
- 6.15 ¿Cuáles de estos síntomas son los que más le aquejan o molestan?

## 7. DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD

- 7.1 ¿Cómo considera su estado de ánimo actualmente?
- 7.2 Abulia ¿Le cuesta más trabajo de lo habitual hacer las tareas cotidianas? ¿Le cuesta levantarse de la cama, para empezar un nuevo día? ¿Por qué?
- 7.3 Anhedonia ¿Ha perdido el interés por las cosas que antes le agradaban? (cuáles, a qué lo atribuye)
- 7.4 Desesperanza ¿Piensa que las cosas mejorarán? ¿Por qué?
- 7.5 ¿Cómo ve el futuro?
- 7.6 ¿Siente que vale la pena vivir? ¿Por qué?

- 7.7. ¿Piensa mucho en la muerte? ¿Por qué?
- 7.8. ¿Se ha planteado acabar con su vida? ¿Por qué?
- 7.9. ¿Ha perdido el interés por su arreglo o aseo personal?

### **TR. ANSIEDAD**

- 7.10. Ansiedad generalizada ¿Está preocupado o molesto por algo más de lo habitual? ¿En qué?
- 7.11. Fobias específicas-agorafobia ¿Siente ansiedad o miedo intensos ante determinadas situaciones o lugares concretos? (describir los síntomas).
- 7.12. ¿Hay situaciones o lugares que evita porque le ponen nervioso/a?

### **TOC**

- 7.15. Pensamientos obsesivos- ¿Tiene pensamientos, impulsos o imágenes que le parezcan absurdos o desagradables y que le vuelven una y otra vez a pesar de que ha intentado detenerlos? (Por ejemplo hacer daño a alguien, estar contaminado por gérmenes o suciedad, etc.). ¿Qué pensamientos ha tenido? ¿Con qué frecuencia?
- 7.16. Compulsiones y rituales compulsivos- ¿Hay alguna cosa que tenga que hacer una y otra vez sin poder resistirse a hacerlo? (por ejemplo lavarse las manos en repetidas ocasiones, revisar algo varias veces, etc.). ¿Con qué frecuencia ocurre?
- 7.17. Conductas adictivas  
¿Hay alguna conducta que haga de manera impulsiva, siendo muy difícil para usted controlarla? (Por ejemplo gastar dinero, arrancarse el pelo, comer, agresiones físicas o verbales, etc.).

### **TEPT**

- 7.18. ¿Ha tenido alguna vez alguna experiencia realmente traumática (algo que no le suele ocurrir al resto de la gente)? (Poner ejemplos)
- 7.19. ¿Hasta qué punto le sigue afectando?

## **TR. ALIMENTARIOS**

7.20. ¿Le preocupa o tiene miedo de subir de peso?

7.21. ¿En qué medida está satisfecho con su cuerpo o con partes de él?

## **OTROS**

7.22. ¿En alguna ocasión sus emociones le han provocado problemas con personas cercanas a usted? ¿Por qué?

7.23. ¿Le ha resultado complicado poder controlar sus emociones? (de qué manera)

7.24. ¿Existe alguna situación o evento reciente en su vida que le haya afectado de manera negativa? (explicar).

7.25. ¿Cuáles serían las preocupaciones más intensas, frecuentes y duraderas que tiene usted actualmente?

7.26. De seguir con esta situación ¿qué es lo que más le preocuparía a usted que sucediera?

7.27. ¿Hay algún otro problema que no hayamos tratado aquí y del que quisiera hablar?

## **8. EXPECTATIVAS HACIA LA TERAPIA**

8.1. ¿Qué resultados espera de la terapia?

## **9. PLANTEAMIENTO DE CONDUCTAS DESEADAS**

9.1. Mencione las actividades que más disfruta o que son gratificantes, y las más desagradables para usted.

9.2. Mencione 3 cosas en las que su vida podría mejorar.

9.3. ¿Qué tipo de hábitos/conductas desearía aumentar o disminuir y por qué?

9.4. A su juicio, ¿Qué quisiera que suceda para que mejore este problema?

9.5. ¿Qué le gustaría cambiar en usted y en su entorno para mejorar este problema?

9.6. A su juicio ¿Cuál de sus comportamientos es el que más le causa problemas, y de cuál ha obtenido respuestas positivas? ¿Cuáles considera que son sus cualidades, virtudes, habilidades, destrezas...?

## 10. PRIORIZAR CONDUCTAS OBJETIVO

- 10.1. ¿Qué cree que podría hacer usted o qué quisiera que cambiara a corto y a largo plazo para que este problema mejore?
- 10.2. ¿Qué es lo primero que le gustaría que sucediera o que podría hacer para que este problema empiece a mejorar?
- 10.3. De todo lo que ha mencionado, ¿cuál considera sea el problema que más le aqueja o que causa mayores dificultades en su vida?

## 11. OBSERVACIONES

- 11.1. Apariencia física: Buena
- 11.2. Tono de voz: Normal
- 11.3. Fluidez verbal: Bueno
- 11.4. Postura, tics: Normal
- 11.5. Estado de ánimo (al inicio, durante y al final de la entrevista): Casi lloraba en todo momento
- 11.6. Grado de colaboración con el terapeuta: Muy bueno
- 11.7. Otro dato que resulte relevante:

## 12. PRIMERA IMPRESIÓN (HIPÓTESIS)

### Anexo 3. Inventario de Ansiedad de Beck.

#### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>				
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck

### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

### **Inventario de Depresión de Beck.**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) -

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) -

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) -

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

- 14.)
- No creo tener peor aspecto que antes.
  - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
  - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
  - Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15.)
- Trabajo igual que antes.
  - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
  - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
  - No puedo hacer nada en absoluto.
- 16.)
- Duermo tan bien como siempre.
  - No duermo tan bien como antes.
  - Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
  - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17.)
- No me siento más cansado de lo normal.
  - Me canso más fácilmente que antes.
  - Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
  - Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18.)
- Mi apetito no ha disminuido.
  - No tengo tan buen apetito como antes.
  - Ahora tengo mucho menos apetito.
  - He perdido completamente el apetito.

4

- 19.)
- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
  - He perdido más de 2 kilos y medio.
  - He perdido más de 4 kilos.
  - He perdido más de 7 kilos.
  - Estoy a dieta para adelgazar SINO.
- 20.)
- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
  - Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
  - Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
  - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21.)
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
  - Estoy menos interesado por el sexo que antes.
  - Estoy mucho menos interesado por el sexo.
  - He perdido totalmente mi interés por el sexo.

- 19.)
- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
  - He perdido más de 2 kilos y medio.
  - He perdido más de 4 kilos.
  - He perdido más de 7 kilos.
  - Estoy a dieta para adelgazar SINO.

- 20.)
- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
  - Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
  - Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
  - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

- 21.)
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
  - Estoy menos interesado por el sexo que antes.
  - Estoy mucho menos interesado por el sexo.
  - He perdido totalmente mi interés por el sexo.



## Anexo 5. Ejercicio para debatir creencias

Piensa en una situación recurrente, una situación confiablemente estresante aunque haya sucedido sólo una vez y se repite sólo en tu mente. Mientras respondes a cada una de las preguntas a continuación, permítete visitar mentalmente el momento y el lugar del suceso estresante. Utiliza frases sencillas y cortas.

En esta situación ¿quién te enfada, confunde, entristece o decepciona, y por qué? (puedes ser tu mismo, alguien, “el mundo”, etc.).

En esta situación ¿cómo quieres que esta persona cambie? ¿Qué quieres que haga?

En esta situación ¿qué consejo le darías a esta persona?

Para que *tú* seas feliz en esta situación, ¿qué necesitas que esta persona piense, diga, sienta o haga?

En esta situación ¿qué piensas de esta persona? Haz una lista. (Recuerda, sé mezquino y crítico).

¿Qué hay acerca de esta situación que no quieres volver a experimentar nunca más?

Ahora cuestiona cada una de las afirmaciones arriba usando las cuatro preguntas que están abajo. Siempre date tiempo para que las respuestas más profundas salgan a encontrarse con las preguntas. Luego invierte cada pensamiento, y encuentra por lo menos tres ejemplos específicos y genuinos de cómo cada inversión es verdad para ti en esta situación. Para la inversión de la afirmación 6 sustituye la frase “Nunca más quiero...” con “Estoy dispuesto a...” y después con “Espero con ilusión...” Hasta que puedas esperar con ilusión todos los aspectos de la vida sin miedo, tu Trabajo no está terminado.

Las cuatro preguntas

*Ejemplo: Pablo no me escucha.*

¿Es verdad? (Sí o no. Si no, continúa con la pregunta 3).

¿Puedes saber que es verdad con absoluta certeza? (Si o no).

¿Cómo reaccionas, qué sucede, cuando crees ese pensamiento?

¿Quién serías sin el pensamiento?

Invierte el pensamiento

a) a ti mismo. (*Yo no me escucho a mi mismo.*)

b) al otro. (*Yo no escucho a Pablo.*)

c) al opuesto. (*Pablo sí me escucha.*)

## PSICOEDUCACIÓN

Creencias irracionales que tienen una clara influencia en los trastornos psicológicos.

*Necesito el amor y la aprobación de todas las personas importantes de mi entorno.*

*Para considerar que soy valioso debo ser absolutamente competente y tengo que ser capaz de conseguir todo lo que me propongo. Hay personas a las que se debe considerar malvadas, infames o inmorales y deben ser culpadas y castigadas por sus malas acciones.*

*Realmente es terrible, horrible y catastrófico que las cosas no salgan o no sean como yo deseo.*

*Los seres humanos no podemos hacer nada o casi nada para evitar o controlar las desgracias y los sufrimientos que padecemos porque son producidos por causas externas sobre las que tenemos muy escasa influencia.*

*Cuando ocurre o puede ocurrir algo peligroso o amenazante, debo sentirme tremendamente preocupado y pensar constantemente que puede ocurrir lo peor.*

*Es mucho más fácil evitar que afrontar las dificultades y responsabilidades que se presentan en la vida.*

*Se debe depender de los demás; se necesita tener a alguien más fuerte que uno mismo en quien confiar.*

*Las cosas que me ocurrieron en mi historia pasada son determinantes de mi conducta actual y de mi conducta futura porque siempre y de manera definitiva me influirán.*

*Debo preocuparme mucho y constantemente por los problemas y perturbaciones de los demás.*

*Existe una solución precisa, acertada y perfecta para cada problema y es horrible y catastrófico no encontrarla.*

Cuatro formas de pensamiento irracional, según la TREC:

*Demandas o exigencias (e.g.: “Si mi pareja me quisiera, debería haberme hecho un regalo por mi cumpleaños”).*

*Catastrofismo (e.g. “Como mañana no me salga bien la entrevista será horrible, yo me muero”).*

*Baja tolerancia a la frustración* (e.g. “no voy a la fiesta porque me da miedo que me rechacen, es durísimo, yo soy muy sensible y no podría soportarlo”).

*Depreciación o condena global de la valía humana* (e.g. “Se me ha quemado la comida. Soy una inútil, todo lo hago mal”, “Se ha hecho mal la factura, es un incompetente total”).

Estas formas de pensamiento se consideran irracionales porque son falsas, ilógicas, extremas y tienden a interferir con las metas y propósitos básicos de las personas.

Argumentos de defensa de las bases biológicas del pensamiento irracional (Ellis, 1976a; 1976c; 1994c).

1. Todos los seres humanos tienen algún tipo de pensamiento irracional y de auto-derrota.
2. Pensamientos irracionales que tienen que ver con creencias absolutistas y generan perturbación emocional se encuentran en personas de todas las culturas.
3. La mayoría de las conductas autodestructivas que llevamos a cabo, por ejemplo, postergar actividades y responsabilidades (procastinación), o la falta de autodisciplina son contrarias a lo que tratan de enseñar los padres, profesores o medios de comunicación.
4. Incluso las personas más brillantes e inteligentes a menudo, después de renunciar a pensamientos irracionales, suelen adoptar otros nuevos igualmente irracionales.
5. Incluso las personas que se oponen enérgicamente a diferentes creencias irracionales (e.g. ideologías o pensamientos absolutistas), a menudo suelen caer en la misma irracionalidad (e.g. rechazo de esos pensamientos o creencias absolutistas con argumentos también absolutistas).
6. Tomar conciencia de la irracionalidad de los pensamientos, sentimientos o conductas sólo ayuda parcialmente a modificarlos.
7. Los seres humanos suelen volver a sus hábitos y patrones de conducta de auto-derrota incluso aunque hayan trabajado duramente para superarlos.
8. Las personas a menudo encuentran más fácil aprender conductas de auto-derrota que de auto-superación.
9. Los terapeutas que se supone deberían preferiblemente ser buenos modelos a seguir de racionalidad, a menudo actúan irracionalmente en su vida personal y profesional.

10. Las personas con frecuencia se engañan a si mismos creyendo que ciertas malas experiencias nunca les ocurrirán a ellos.

La TREC, sin embargo, sí hace una propuesta sobre cómo se mantienen o perpetúan los problemas psicológicos. Ellis (1979a) señala tres *Insights* TREC de los que carecen, (no necesariamente de todos), las personas que mantienen trastornos emocionales.

***Insight no 1:*** La perturbación humana viene determinada por las creencias irracionales que se activan ante las situaciones vitales negativas. Sin embargo, si la persona que padece un trastorno emocional considera que se debe a los acontecimientos negativos que le ocurren, tratará de cambiar las situaciones pero no las creencias que se le han activado y son las responsables reales de su malestar.

***Insight no2:*** Si las personas siguen reafirmando sus creencias rígidas y extremas, éstas se mantendrán. Aunque se reconozca la influencia de sus creencias irracionales en el malestar emocional, si la persona dedica su esfuerzo a encontrar el origen de ellas en lugar de tratar de cambiarlas, éstas se mantendrán.

***Insight no 3:*** Sólo trabajando de forma constante en el presente las creencias irracionales, y practicando creencias racionales alternativas.